

VYSOKÁ ŠKOLA BÁŇSKÁ – TECHNICKÁ UNIVERZITA OSTRAVA
EKONOMICKÁ FAKULTA

KATEDRA EVROPSKÉ INTEGRACE

System zdravotnictví v USA

Health Care System in the USA

Student: Bc. Kristýna Poláchová

Vedoucí diplomové práce: Ing. Renata Burdiláková

Ostrava 2011

Místopřísežné prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně. Všechny použité zdroje uvádím v příloze.

Děkuji vedoucí práce Ing. Renatě Burdilakové za odbornou pomoc při tvorbě diplomové práce.

V Ostravě dne 29. dubna 2011.

Bc. Kristýna Poláchová

Obsah

| | |
|---|-----------|
| 1 Úvod..... | 1 |
| 2 Modely zdravotnictví v EU a ve světě..... | 2 |
| 2.1 Zdravotnický systém | 2 |
| 2.1.1 Subjekty zdravotnického systému | 3 |
| 2.2 Modely zdravotnických systémů..... | 5 |
| 2.2.1 Bismarckovský model | 6 |
| 2.2.2 Beveridgeovský model | 10 |
| 2.2.3 Tržní zdravotnictví..... | 13 |
| 2.2.4 Emergenční systém zdravotní péče | 15 |
| 2.3 Ukazatelé zdravotnického systému pro mezinárodní srovnání | 15 |
| 2.4 Zdravotnictví v zemích Evropské unie..... | 19 |
| 3 Analýza soudobého systému zdravotnictví v USA | 24 |
| 3.1 Historie amerického zdravotnictví | 24 |
| 3.2 Subjekty zdravotní péče v USA | 27 |
| 3.2.1 Poskytovatelé..... | 27 |
| 3.2.2 Plátcí | 29 |
| 3.2.3 Pacienti..... | 30 |
| 3.2.4 Systém zdravotní péče a jeho subjekty v České republice | 31 |
| 3.3 Soukromě poskytovaná zdravotní péče | 32 |
| 3.3.1 HMO | 34 |
| 3.3.2 PPO | 36 |
| 3.3.3 Soukromé zdravotní pojištění v České republice..... | 37 |
| 3.4 Veřejně poskytovaná zdravotní péče..... | 38 |
| 3.4.1 Medicare..... | 38 |
| 3.4.2 Medicaid..... | 41 |
| 3.4.3 State Children's Health Insurance Program (SCHIP) | 44 |
| 3.4.4 Veřejné zdravotní pojištění v České republice | 45 |
| 3.5 Příjmy lékařů v USA | 45 |
| 3.5.1 Příjmy lékařů v České republice | 48 |
| 4. Zhodnocení vlivu plánované reformy na budoucí vývoj amerického zdravotnictví.... | 49 |
| 4.1 Důvody pro vznik reformy | 49 |
| 4.1.1 Problematika nepojištěné a nedostatečně pojištěné populace | 49 |
| 4.1.2 Vysoké náklady na zdravotnictví | 52 |
| 4.2 Průběh přijímání reformy | 54 |
| 4.3 Cíl reformy | 55 |
| 4.3.1 Hlavní priority..... | 56 |
| 4.3.2 Strategické cíle | 57 |
| 4.4 Zhodnocení účinků reformy na zdravotnický systém podle Kongresového rozpočtového úřadu | 67 |
| 4.4.1 Odhadované účinky reformy na počet pojištěných osob | 68 |
| 4.4.2 Odhadované účinky reformy na federální rozpočet | 69 |
| 4.4.2 Odhadované účinky reformy na program Medicaid a SCHIP | 69 |
| 4.4.2 Odhadované účinky reformy na program Medicare | 71 |
| 4.5 Vlastní zhodnocení účinků reformy na zdravotnický systém | 72 |
| 4.5.1 Zhodnocení účinků reformy v souvislosti se SWOT analýzou..... | 72 |

| | |
|--|-----------|
| 4.5.2 Zhodnocení dopadu reformy na společnost (mýty a fakta) | 74 |
| 5 Závěr..... | 76 |
| Seznam použité literatury..... | 78 |
| Seznam zkratk a symbolů | |
| Prohlášení o využití výsledků diplomové práce | |
| Seznam obrázků | |
| Seznam tabulek | |
| Seznam grafů | |
| Seznam příloh | |

1 Úvod

O Americe se často říká, že je zemí kontrastů a extrémů. Na jedné straně postmoderní přetechnizovaná země neomezených vědeckých zázraků, na straně druhé země, která přes své bohatství nedokáže řešit problém chudoby, nevzdělanosti, kriminality, násilí či drog. I oblast zdravotnictví je v USA jedinečná – zdravotní péče je zde považována za zboží s tržní cenou a předmět svobodné volby jedince.

Jako téma své diplomové práce jsem zvolila systém zdravotnictví v USA. Práce částečně navazuje na mou bakalářskou práci, která se zabývala komparací systémů zdravotního pojištění ve vybraných zemích EU. Chtěla jsem získat přehled o fungování zdravotnického systému ve Spojených státech amerických, o kterém je známo, že je zcela odlišný od těch evropských. Zajímalo mne, zda i zdravotnický systém postavený na tržním principu a nízké prioritě myšlenky sociální solidarity může fungovat ve vyspělé ekonomice.

Hlavním cílem práce je zhodnotit vliv a očekávané efekty na americký systém zdravotnictví, který by přinesla plně implementovaná reforma zdravotnictví, jež je prioritou amerického prezidenta Baracka Obamy. V oblasti zdravotnictví je stanovena hypotéza, která tvrdí, že americký systém zdravotního pojištění je zcela unikátní, nepodobá se žádnému systému vyskytujícímu se v Evropě. Není totiž postaven na veřejném, všeobecném pojištění, jeho sjednání je zcela dobrovolné. V souvislosti s reformou je stanovena tato hypotéza: Vysoká nákladovost zdravotnictví a velký počet nepojištěných osob jsou hlavním důvodem vzniku reformy zdravotnictví USA. Ke zjištění dopadů a účinků reformy jsou v mé práci využity odhady Kongresového rozpočtového úřadu a dále přidávám vlastní zhodnocení podle nově získaných informací v této oblasti. K rozboru reformy slouží také mnou sestavená SWOT analýza amerického systému zdravotnictví.

Diplomová práce je strukturována do třech kapitol. V první z nich jsou uvedeny tři základní systémy, které existují v rámci vyspělých kontinentů. Druhá kapitola popisuje soudobý systém zdravotnictví ve Spojených státech amerických s jeho přednostmi a silnými stránkami i existujícími problémy. Právě tyto značné problémy dotýkající se celé americké společnosti vedly k názoru prezidenta Baracka Obamy prosadit reformu zdravotnictví, která je analyzována ve třetí kapitole diplomové práce.

2 Modely zdravotnictví v EU a ve světě

Již od starověku byl předmětem zájmu společnosti vztah lékaře a pacienta. V průběhu historického vývoje vznikl model postavený na existenci lékaře jako vzdělaného subjektu, jenž poskytoval péči lidem, kteří o ni požádali a kteří měli možnost si ji zaplatit. Na druhé straně se však prosazovalo i vědomí o určité charitativní povinnosti společnosti vůči svým slabším členům.

Podle způsobu zajištění finanční dostupnosti základní zdravotní péče začaly postupně krystalizovat typologie zdravotnických systémů.

2.1 Zdravotnický systém

Zdravotnický systém je organizační celek, v němž existují uspořádané vztahy mezi veřejností, poskytovateli zdravotní péče, financujícími subjekty a orgány reprezentujícími vládní politiku a v jehož rámci se uskutečňuje zdravotní péče.

Zdravotnické systémy jsou výsledkem dlouhodobého a složitého společenského vývoje. Jedná se o nejdůležitější a nejsložitější složku zdravotní politiky, neboť zprostředkovává zabezpečení jejího cíle, resp. zabezpečení hlavního cíle, kterým je uspokojovat zdravotní potřeby obyvatel.

Podmínkou efektivnosti zdravotnického systému je to, že dynamika vývoje výdajů na zdravotnictví nepředstihuje dynamiku ekonomického růstu. Pokud je tempo výdajů na zdravotnictví rychlejší než tempo růstu HDP, vzniká tlak na zvyšování veřejných výdajů formou zvyšování pojistného, daňové zátěže a finanční spoluúčasti, případně zavedením přímých plateb pacientů. [1]

Jádro každého zdravotnického systému na úrovni státu tvoří v současné době agregát těchto činitelů:

- strategické cíle státu v oblasti ochrany zdraví a rozvíjení zdraví (zdravotní politika státu),

- způsob zajištění dostupnosti základní zdravotnické péče pro občany,
- způsob financování zdravotní péče,
- řešení vztahů mezi různými účastníky procesu poskytování zdravotní péče,
- podíl účasti státu a jeho orgánů na vlastnictví a řízení zdravotnických služeb.

Výše uvedená kritéria mohou sloužit jako metodický základ typologie zdravotnických systémů.

2.1.1 Subjekty zdravotnického systému

Ve zdravotnickém systému existují vždy tři propojené strany (tři základní subjekty):

- pacienti,
- poskytovatelé (lékaři a zdravotnická zařízení),
- plátcí (ten, kdo zdravotní péči hradí).

Pacienti

Pacient ve zdravotnictví sehrává dvě základní role: spotřebovává zdravotní péči a podílí se na financování systému. Tyto role jsou od sebe rozděleny, to znamená, že zdravotní péče je v momentu spotřeby pro pacienta bezplatná.

Ve veřejném sektoru má pacient právo na zdravotní péči v objemu a kvalitě vyžadované jeho zdravotním stavem a to až do výše standardu bezplatně. Toto právo je zakotveno v Listině základních práv a svobod (článek 31). Pacient má dále právo na výběr lékaře a zdravotnického zařízení, kteří jsou ve smluvním vztahu ke zdravotní pojišťovně, u které je pacient pojištěn a také má právo na volbu veřejné zdravotní pojišťovny (jednou ročně). Pacient se podílí na financování systému tím, že hradí pojistné na veřejné zdravotní pojištění, případně daněmi do veřejných rozpočtů. V některých případech, jako jsou např. doplatky na léky, také hradí spoluúčast na léčbě.

V soukromém sektoru nakupuje pacient zdravotní péči přímo – za přímou úhradu, nebo prostřednictvím komerčního pojištění a to v rozsahu, který určuje pacientova finanční situace a jeho zdravotní stav.

Poskytovatelé zdravotní péče

Zdravotní péče je poskytována ve zdravotnických zařízeních a dalších organizacích, které jsou uspořádány do tzv. sítě zdravotnických zařízení. Do soustavy zdravotnických zařízení spadá zařízení státu, obcí a fyzických a právnických osob. Postavení poskytovatelů zdravotní péče se liší podle toho, zda jsou složkami veřejného nebo komerčního sektoru. Zdravotnická zařízení jako složky veřejného sektoru hospodaří podle rozpočtových pravidel stanovených ministerstvem financí jako rozpočtové, příspěvkové nebo jiné neziskové organizace. Z veřejných zdrojů mohou být financována i soukromá zdravotnická zařízení hospodařící v souladu s obchodním zákoníkem jako obchodní společnosti.

Zdravotnická zařízení se člení podle různých kritérií:

- podle typu vlastnictví na *státní* a *nestátní*,
- podle formy poskytované péče na *lůžková* a *ambulantní*,
- v závislosti na způsobu jejich proplácení na *smluvní* a *nesmluvní* (smluvní zdravotnická zařízení jsou taková, která uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče se zdravotní pojišťovnou a je tudíž financována z prostředků zdravotního pojištění. Nesmluvní zdravotnická zařízení tuto smlouvu uzavřenu nemají, jsou proplácena přímo ze soukromých zdrojů nebo jsou financována z veřejných zdrojů, pokud se jedná o případy neodkladné péče).

Do sítě zdravotnických zařízení jsou také řazeny lékárny jako zdravotnická zařízení určená k výdeji léků a prostředků zdravotnické techniky a zvláštní dětská zařízení jako jsou kojenecké ústavy, dětské domovy a jesle.

Financující subjekty (plátcí)

Mezi financující subjekty zdravotnictví patří:

- stát (státní rozpočet), ve zdravotnickém systému „národní zdravotní služba“,
- systém pojištění
 - a) *veřejné zdravotní pojištění* – vychází z principu celospolečenské solidarity a sdílení zdravotního rizika všemi občany. Pojistné je stanoveno jako procentní sazba v relaci k výši příjmu. Alokaci prostředků zajišťují veřejné zdravotní pojišťovny.

- b) *komerční (soukromé) zdravotní pojištění* – slouží k prevenci negativních důsledků nepředvídatelných událostí. Komerční zdravotní pojištění tedy přepokládá, že jedinec je schopen část svých příjmů alokovat na prevenci těchto nepředvídatelných událostí. Proto jsou typickými klienty lidé se středními a vyššími příjmy. Instituce zabývající se výběrem a alokací těchto částek jsou komerční zdravotní pojišťovny.

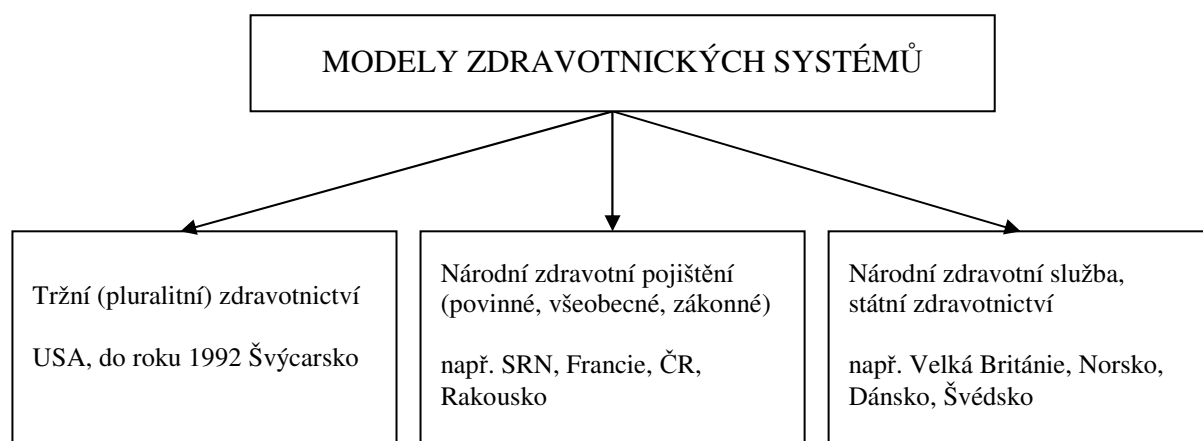
2.2 Modely zdravotnických systémů

Protože v jednotlivých zemích existovaly různé sociální, ekonomické, kulturní a politické podmínky, jsou odlišné i zdravotnické systémy těchto zemí. Jejich vývoj probíhal většinou pozvolna a postupně. Každá generace přizpůsobovala obsah a formy zdravotní péče svým zájmům a potřebám.

Vedle tržního systému se v prostředí evropského regionu postupně začaly utvářet dva základní modely: Bismarckovský a Beveridgeovský.

Všechny tři systémy zdravotnictví znázorňuje Obrázek č. 2.1.

Obrázek č. 2.1: **Modely zdravotnických systémů**



Zdroj: DURDISOVÁ, J., *Ekonomika zdraví*, 2005

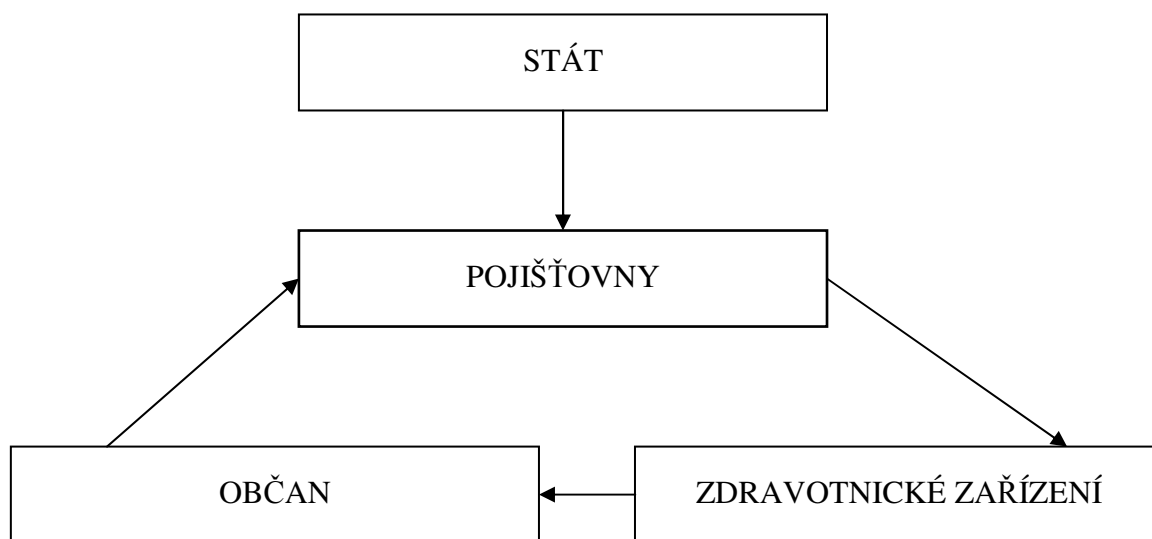
Tyto tři základní modely odpovídají na následující otázky:

1. Kdo občanům garantuje zdravotní péči a jaký je přístup populace ke zdravotní péči?
2. Z jakých prostředků je zdravotní péče převážně hrazena?
3. Jaké postavení mají poskytovatelé zdravotnických služeb? [1]

2.2.1 Bismarckovský model

Bismarckovský model je založen na původním pojetí zdravotního a nemocenského pojištění, který byl konstituován v Prusku a Rakousku a poprvé uzákoněn za vlády Bismarcka¹. Jedná se o princip sociální solidarity pro všechny občany bez ohledu na jejich platební schopnost.

Obrázek č. 2.2: **Bismarckovský model**



Zdroj: DOLANSKÝ, H., *Veřejné zdravotnictví*, 2008

Na vrcholu tohoto modelu stojí stát, který si vyhrazuje právo vstoupit do vztahu mezi poskytovateli, plátcí a pacienty. Vůči tomuto systému uplatňuje svou roli prostřednictvím legislativy, případně do něho zasahuje svými kontrolními aktivitami. Stát stanovuje podmínky pro poskytování zdravotní péče, např. určuje maximální hranici cen zdravotnických služeb, ceny léků nebo legalizuje povinné zdravotní pojištění. Dohlíží na činnost zdravotních

¹ Otto von Bismarck 1862 – pruský ministerský předseda a ministr zahraničních věcí.

pojišťoven, kontroluje rozsah a strukturu zdravotnického zařízení, dohlíží na investice, technologická vybavení apod. Přispívá platbami ze státního rozpočtu. Mechanismus řízení stát předává veřejnoprávními institucím – pojišťovnám a profesním organizacím. Pojišťovny, které jsou plátcí péče, společně se státem zodpovídají za účelné nakládání s finančními prostředky a proplácí péči lékařům ve zdravotnických zařízeních. Občan jako pacient a pojištěnec odvádí ze své mzdy určitý obnos (za příspěví stanovené částky zaměstnavatelem) pojišťovně. Ta na smluvním základě proplácí lékaři (zdravotnickému zařízení) poskytnutou zdravotní péči, která směřuje právě k občanovi.

Prvky tohoto modelu jsou dodnes zachovány ve formě povinného zákonného veřejného pojištění v Německu, Rakousku, v zemích Beneluxu, Francie, od r. 1996 ve Švýcarsku, od r. 1992 v České republice a na Slovensku, v Polsku, Bulharsku, Koreji, Japonsku, atd. [1]

Systém založený na všeobecném zdravotním pojištění se snaží skloubit výhody tržního a státního zdravotnictví tím, že vytváří dostatečně velký prostor pro trh, privatizaci, konkurenci, svobodnou volbu lékaře, decentralizaci, ale současně je jasně definovaná úloha státu a veřejných institucí, které mají ze zákona dbát na dostupnost zdravotní péče. Systém je vlastně kompromisem mezi tržním systémem a Beveridgeovským modelem, je nákladnější než Beveridgeovský model a úspornější než model tržní.

Vztahy mezi poskytovateli a plátcí jsou vyjádřeny kompromisní kombinací podílu trhu a veřejného dohledu. Základní problém efektivnosti tohoto modelu spočívá v symetrii pravomoci a odpovědnosti zúčastněných subjektů. Za efektivní vynakládání zdrojů financování, tedy vybraného pojistného od občanů, je odpovědný stát. Zdravotnická zařízení však hospodaří jako soukromé podnikatelské subjekty podle Obchodního zákoníku. Část zdrojů vybraných na pojistném se tedy vrací do státního rozpočtu prostřednictvím zdanění těchto subjektů. Na druhé straně je však tento model typický tím, že vybírané pojistné snižuje daňový základ pro plátce pojistného, jde o nepřímou podporu zdravotnictví státem.

Systém financování zdravotní péče na základě státem organizovaného nekomerčního pojištění je historicky první snahou státu vyřešit problém financování garantované zdravotní péče o obyvatelstvo. Chápe se jako povinně předplacené služby u zdravotních pojišťoven – veřejnoprávních subjektů neziskového charakteru bez ohledu na rozměry spotřeby. Je vysoce

ceněna decentralizace v organizování a financování zdravotní péče formou přenesení kompetencí na zemskou a regionální úroveň.

Přestože můžeme sledovat společné charakteristiky tohoto modelu ve všech zemích, v detailu se pak liší svou účinností a funkcí. To je zpravidla způsobeno tradicí, stabilizací a zejména navazující legislativou. Relativně pozitivní zkušenosti byly získány v Německu, a to především proto, že se jedná o specifický sociální, vysoce demokratický a stabilizovaný stát s bohatou strukturou korporací a spolků, které zprostředkovávají vztah mezi občanem a státem.

Charakteristickým rysem dnešní situace je tzv. komprese pojištěnců, tzn. že jsou ze souhrnu příjmů na pojistném od mnoha osob vypláceny podstatně vyšší částky mnohem menšímu počtu osob na úhradu výdajů na jejich mimořádně závažné a nákladné onemocnění. Odhaduje se, že ročně asi 10 % pojištěnců spotřebuje 75 % všech výdajů pojišťoven. Tento fakt vede u tržně uvažujících liberálů k myšlence zavést u pojišťoven osobní účty, které by měly za následek pro ně výhodnější přerozdělení pojistného. Byl by ovšem porušen princip solidarity.² [1]

Charakteristické znaky modelu

- Zdravotní péče je garantována státem. Zákonem je stanovena povinnost za určitých podmínek platit pojistné do fondu zdravotního pojištění, který je spravován zdravotní pojišťovnou jako nekomerčním subjektem konajícím ve veřejném zájmu.
- Je uplatňován princip solidarity, který se realizuje takovým způsobem, že každý platí v závislosti na svých příjmech a dostává zdravotní péči podle potřeb.
- Díky zákonnému pojištění je zdravotní péče garantována pro celou populaci a zavádění finanční spoluúčasti pro pacienta je realizováno s ohledem na sociální únosnost.
- Základem tohoto systému jsou individuální soukromé praxe ambulantních lékařů a ambulantních specialistů. Ambulantní lékař má širší rozsah činností než v systémech financovaných ze státního rozpočtu.
- Rozsah a kvalitu zdravotní péče určuje lékař.

² Je vytvořen na základě společné podpory vyspělejších zemí ve prospěch ekonomického rozvoje a posílení životní úrovně méně vyspělých zemí.

- Převažující způsob úhrady je platba za výkon³, která bývá kombinována s kapitační platbou.⁴
- V lůžkových zařízeních se realizuje platba za ošetrovací den, která zahrnuje:
 - paušál za diagnostický případ,
 - ošetrovací sazbu,
 - provozní sazbu.
- Podíl státu na financování zdravotní péče je takový, že platí pojistné za osoby společensky uznané do fondu zdravotního pojištění.
- Prováděcí kompetence a kontrolní funkce jsou delegovány na jiné subjekty, které stojí mimo státní správu (veřejnoprávní pojišťovny). [1]

Klady a zápory povinného zákonného veřejného pojištění

Díky zákonnému pojištění je zdravotní péče garantována pro celou populaci a při zavádění finanční spoluúčasti pro pacienta se bere v ohled sociální únosnost. Ovšem tento model má i své nedostatky. Jeho jednotlivé klady a zápory jsou uvedeny níže.

Přednosti:

- vysoká dostupnost základní zdravotní péče pro všechny obyvatele,
- dostatečně pestrá nabídka zdravotnických služeb,
- vyhovující síť zdravotnických zařízení,
- celkem vyhovující návaznost služeb,
- podpora primární zdravotní péče⁵,
- přiměřené náklady.

Nedostatky:

- část prostředků spotřebují zdravotní pojišťovny na svou činnost,
- důraz je kladen na kurativní péči,

³ Jde o platbu za jednotlivou položku zdravotní péče, tj. za jednotlivý úkon diagnózy, léčení, ošetřování, farmaceutických služeb apod.

⁴ Je prospektivní platba, kterou obdrží poskytovatel zdravotní péče na úhradu nákladů. Je poskytována pevnou částkou na jednoho registrovaného pacienta s přihlédnutím k věku a demografickým či jiným charakteristikám pojištěnce.

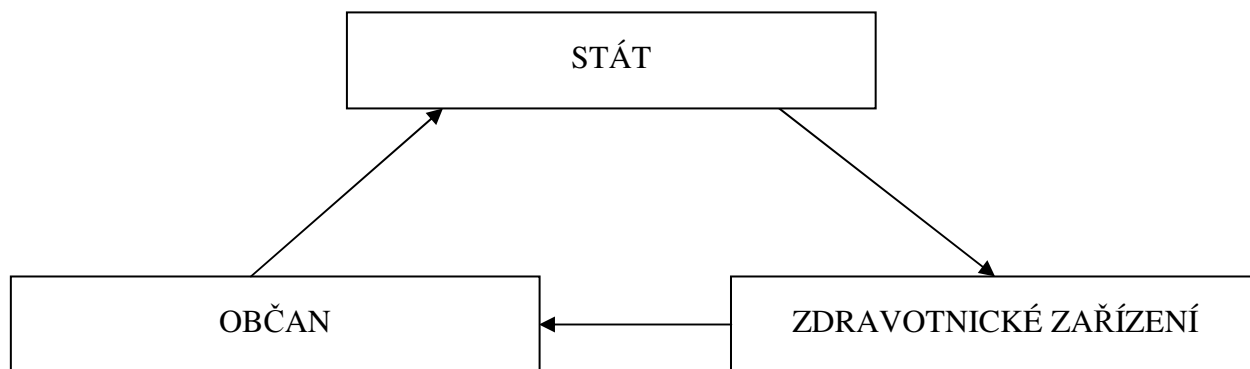
⁵ Místo prvního kontaktu s lidmi, které poskytuje opatření ke zlepšení zdraví v komunitě. Jde o poskytování nezbytné (základní) zdravotní péče, která je dostupná za cenu, kterou si stát nebo komunita mohou dovolit, a to metodami, které jsou praktické, vědecky ověřené a společensky přijatelné.

- pojišťovny se mohou dostat z různých důvodů do finančních potíží, které se řeší na úkor poskytovatelů péče a klientů,
- systém má značné administrativní náklady. [2]

2.2.2 Beveridgeovský model

Jedná se o národní zdravotnickou službu - státní zdravotnictví financované především z daní, tzv. princip státní zdravotní služby.

Obrázek č. 2.3: Beveridgeovský model



Zdroj: DOLANSKÝ, H., *Veřejné zdravotnictví*, 2008

Beveridgeovský model, který byl rozpracován anglickým ekonomem Beveridgem, se začal rozvíjet na území Britských ostrovů v období druhé světové války. Princip tohoto modelu spočívá v tom, že příslušné poplatky odvádějí občané (zaměstnanci a zaměstnavatel) přímo státu a to v podobě daní. Stát poté takto získané prostředky přerozděluje k financování zdravotnických zařízení, která poskytují péči občanům.

Na tomto principu jsou založeny současné systémy zdravotní péče ve Velké Británii, Kanadě, Norsku, Dánsku, Švédsku, Finsku, Irsku, Islandu, Itálii, Řecku, Portugalsku, Španělsku, Novém Zélandu. [2]

Beveridgeův model je jedním z nejvíce demokratizovaných a socializovaných systémů, které se udržely do dnešní doby. Tradičním představitelem je Velká Británie

s modelem financování Národní zdravotní služby. Veřejné prostředky na zdravotní péči jsou získávány z větší části z daně z příjmu obyvatelstva a z menší části z doplňkové platby národního pojištění. Do fondu národního pojištění přispívají vedle zaměstnanců rovněž zaměstnavatelé a osoby samostatně výdělečně činné. Daň z příjmu je progresivní a její absolutní výše a procentuální sazba se liší podle příjmové skupiny a výše příjmu osoby, doplňkové národní pojištění představuje platbu, která není příjmem diferencována. Daň z příjmu v rozmezí 25 – 40% platí pouze osoby nad určitou příjmovou hranici. Znamená to, že někteří občané jsou zcela osvobozeni od daňové povinnosti a přesto se jim dostává stejného přístupu ke zdravotní péči. Příspěvek na národní pojištění představuje další platbu ve výši 2 – 3% z příjmu. Zdroje financování zdravotní péče tvoří ze 72 – 75% daně z příjmu, z 13,5% národní pojištění a z 13 – 15% soukromé platby. [1, 3]

Financování zdravotnictví ze státního rozpočtu vstoupilo v platnost roku 1948 za vlády labouristů a postupně se stalo modelem pro mnoho zemí, částečně pro Československou republiku po r. 1945, v 60. letech pro severské země a Kanadu, posléze také pro řadu zemí jižní Evropy.

V 80. letech vedl v Anglii problém zvýšení efektivnosti vynaložených prostředků k reformám systému Národní zdravotní služby. Cílem těchto reforem bylo posílení samostatnosti zdravotnických správ a jejich přechod na manažerský princip. Došlo také k restrikci veřejných výdajů určených na zdravotnictví. O reformách 80. a 90. let se hovoří jako o těch, které vedly k amerikanizaci a komercializaci Národní zdravotní služby.

Model národní zdravotní služby je protipólem tržního modelu. Slouží totiž všem občanům, kteří zdravotní péči potřebují. Je financována prostřednictvím státního rozpočtu a zdroje potřebné k jejímu financování jsou shromažďovány všeobecným zdaněním obyvatelstva. Přímé platby tvoří zanedbatelnou položku rozpočtu, je to pouze cca 3 % celkových výdajů na zdravotnictví. I když v kolébce tohoto modelu – Velké Británii existuje možnost komerčního pojištění, Národní zdravotní službu využívá 97 % obyvatelstva. [1]

Národní zdravotní služba je relativně levný systém. Náklady na zdravotní péči se pohybují okolo 7 % podílu na HDP. Díky centralizované struktuře s jasně delegovanými kompetencemi podle územního principu je umožněno rovnoměrné rozložení sítě

zdravotnických zařízení, dohled nad zdravím populace a jsou realizována celospolečenská preventivní opatření. [1]

Charakteristické znaky modelu

- Bezplatná zdravotní péče je garantována státem.
- Financování se uskutečňuje ze státního rozpočtu, resp. z veřejných rozpočtů, neexistuje fond zdravotního pojištění jako samostatný okruh financování. Zdrojem finančních prostředků není pojistné, ale daně.
- Sledovaná a státem garantovaná dostupnost zdravotní péče vyžaduje sledování využití sítě zdravotnických zařízení.
- Zdravotnická zařízení (nemocnice) jsou ve vlastnictví státu a zdravotnický personál se řadí mezi státní zaměstnance, případně soukromé subjekty ziskového či neziskového charakteru.
- Základním článkem zdravotnického systému jsou praktičtí lékaři, kteří kontrolují vstup pacienta do specializované péče a jsou koordinátory poskytovaných zdravotních služeb. Praktický lékař má hlavní odpovědnost za prevenci a podporu zdraví ve svém regionu.
- Přístup k praktickým lékařům je neomezený.
- Proplácení ambulantní sféry ze státního rozpočtu je převážně kapitační a v lůžkových zařízeních v závislosti na využití lůžek = ošetrovací den.
- Je silně prosazována podpora týmové mezisektorové práce.
- Míra finanční spoluúčasti je velmi nízká nebo žádná. Spoluúčast představuje pouze příspěvky na léky, protetiku⁶ a optiku.
- Systém nevylučuje rozvoj soukromého pojištění a připojištění, jedná se však o nadstandardní péči, nesmí tedy spočívat v poskytování jiné kvality zdravotní péče, ale v jiných výhodách, např. krátké čekací lhůty, luxusní vybavení zdravotnického zařízení apod.
- Tento systém musí umožňovat vládě kontrolovat a regulovat efektivnost využití disponibilních finančních zdrojů. Dynamika vývoje výdajů je v důsledku vládní kontroly a regulace mnohem nižší než v tržních systémech. [1]

⁶ Obor zabývající se výzkumem a výrobou protéz (zubní p., ortopedická p., apod.).

Variantou tohoto systému byl Semaškův model, což byl centralizovaný státní systém zdravotní péče, který byl rozpracován u nás a v dalších zemích bývalého socialistického režimu po vzoru organizátora sovětského zdravotnictví Nikolaje Sergejeviče Semaška.

Klady a zápory státního zdravotnictví

I když existuje vysoká dostupnost zdravotní péče, přetrvává nerovnost v ukazatelích zdravotního stavu různých sociálních vrstev, např. úmrtnost jedinců z nižších sociálních tříd je zhruba 2x vyšší než u příslušníků vyšších společenských vrstev. Přednosti a nedostatky Národní zdravotní služby jsou popsány níže.

Přednosti:

- dostatečná nabídka služeb,
- podpora komplexní primární péče,
- přeměřená návaznost služeb,
- podpora rozvoje nových medicínských technologií,
- podpora ekvity při poskytování zdravotní péče,
- přiměřené náklady péče.

Nedostatky:

- dlouhé čekací doby na některé výkony (neurgentní velké operace),
- nedostatečná motivace obyvatel k péči o vlastní zdraví,
- podpora nesoutěživého klimatu,
- nedostatek zdrojů pro rozvoj v případě ekonomické recese. [2]

2.2.3 Tržní zdravotnictví

Kromě dvou základních evropských modelů existuje řada systémů spočívajících na tržních prvcích, tzv. liberálně-tržní zdravotnictví, které je založeno na dobrovolném pojištění. Tento model funguje v USA a do r. 1996 charakterizoval i Švýcarsko.

Tržní zdravotnictví založené na principu volného trhu považuje zdravotní péči za zboží s tržní cenou. Hlavními atributy jsou konkurence, privatizace, nabídka – poptávka,

dobrovolný vztah a smluvní vztah. Vlivem konkurence, která se na trhu vyskytuje, rostou ceny péče, značná část péče je poskytována nadbytečně, dochází tedy k nadbytečné spotřebě, žádná péče nezbude, tudíž žádný poskytovatel nezkrachuje. Části populace se však péče nedostává, neboť si ji nemůže dovolit. Trh není schopen kontrolovat objem péče a vynaložené prostředky ani síť zdravotnických zařízení.

Charakteristické znaky tržního modelu:

- Zdravotní péče není garantována státem, je záležitostí jedince, který má právo svobodné volby a je respektováno jeho rozhodnutí.
- Stát nevstupuje do vztahu poskytovatel a pacient. Pomocí programů ve veřejném zájmu pouze řeší problém přístupu ke zdravotní péči určitých sociálních skupin obyvatelstva.
- Stát nekontroluje nabídku a ceny zdravotnických služeb. Nekontroluje ani výši pojistného a způsob plnění.
- Lékaři jsou soukromě podnikajícími subjekty ziskového i neziskového charakteru.
- Pacientovi náleží svobodná volba lékaře, zdravotnického zařízení i zdravotní pojišťovny a záleží na jeho sociální situaci, zda bude mít ke zdravotní péči přístup, v jaké kvalitě a rozsahu.
- Postavení stavovské lékařské organizace je velmi silné a má také schopnost prosazovat zájmy lékařské a lékárenské lobby.
- Nemocniční péči poskytují soukromá zařízení ziskového i neziskového charakteru, někdy v kombinaci s veřejnými zřizovateli.
- Existuje volná konkurence poskytovatelů, plátců i pojišťoven.
- Zdravotní péče je hrazena ze soukromých zdrojů přímou platbou nebo soukromými zdravotními pojišťovnami komerčního charakteru.
- Financování je založeno na výkonových platbách.
- Zdravotní pojištění je dobrovolné. Pojistit se může jednotlivec nebo své zaměstnance pojišťuje zaměstnavatel. [1]

Klady a zápory liberálně-tržního zdravotnictví

Ačkoli je tržní zdravotnictví charakterizováno vysokou kvalitou a rozvojem špičkových technologií, vyskytuje se u tohoto systému i mnoho negativních jevů. Jeho pozitiva a negativa jsou rozepsány níže.

Přednosti:

- bohatá nabídka kvalitních zdravotnických služeb,
- podpora rozvoje nových medicínských technologií,
- podpora soutěživosti mezi poskytovateli zdravotní péče.

Nedostatky:

- nízká dostupnost kvalitní péče pro nemajetné občany,
- nedostatečná preventivní péče,
- nedostatečná návaznost péče,
- vysoké náklady na péči,
- vysoký podíl nákladů na administrativu systému. [2]

Hlavním a dnes v zásadě již posledním představitelem, kde je uplatňován tradičně tržní model financování zdravotní péče, jsou USA. Zdravotnickému systému USA se více věnuje kapitola třetí.

2.2.4 Emergenční systém zdravotní péče

Dalším vyskytujícím se systémem zdravotnictví je tzv. emergenční systém zdravotní péče, který můžeme popsat jako systém, kde jsou základní vztahy mezi poskytovateli a klienty teprve pozvolna utvářeny. Většina procesů probíhá neřízeně, neformálně a neinstitucionalizovaně. Zásahy státu jsou pouze v nepatrné míře a soukromé subjekty jsou zatím neorganizované. Platby za lékařskou péči jsou zpravidla přímé, nezprostředkované. Takové rysy zdravotnictví mají mnohé rozvojové země Afriky.

2.3 Ukazatelé zdravotnického systému pro mezinárodní srovnání

1. Dostupnost péče

Vyjadřuje překážky, které vznikají pacientovi při čerpání zdravotní péče. Má tyto složky:

- finanční – úhrada nákladů, typ pojištění, míra spoluúčasti,

- geografická – distribuce zdravotnických služeb v terénu,
- časová – čekací doba na vyšetření nebo zákrok,
- organizační (administrativní) – vstup do specializované péče na doporučení praktického lékaře,
- sociokulturní – vzdělání, etnika, náboženské normy, jazykové problémy.

2. Kvalita péče

Závisí na ekonomické situaci země, na podmínkách trhu, také jak jsou zdravotnická zařízení vybavena po technické a materiální stránce a na úrovni medicínského vzdělání. Kvalitu péče pak poznáme pomocí ukazatelů zdravotního stavu populace (střední délka života, úmrtnost, nemocnost) a také podle spokojenosti pacientů (uspokojování potřeb, volba lékaře a zdravotnického zařízení, přímý vstup ke specialistovi).

3. Ekonomická nákladnost

Znamená spotřebu finančních prostředků resortem zdravotnictví a je vyjádřena procentuálním podílem těchto nákladů z celkového HDP dané země. Absolutní výše finančních prostředků, vynaložených každoročně na zdravotnictví ze soukromých i veřejných zdrojů, není ani po přepočtu na mezinárodní měnu (USD) srovnatelným ukazatelem, jelikož nebere v úvahu počet a demografické složení populace a cenové hladiny země. Proto se suma nákladů porovnává s výší domácí produkce v měnových jednotkách (HDP), což vypovídá o ekonomické náročnosti národního zdravotnictví v daném roce.

4. Výkonnost zdravotnického systému

Vyjadřuje, jaký rozsah péče, jak široké populaci a v jaké kvalitě je zdravotnický systém schopen zajistit při daných výdajích. Díky jednoduché správě a administrativě, efektivní léčbě, subsidiaritě služeb nebo racionální struktuře zdravotnických úřadů lze dosáhnout toho, že systém uspokojí více relevantních zdravotních potřeb populace s menším objemem prostředků. Platí, že liberální schémata jsou administrativně podstatně náročnější. Např. Velká Británie spotřebovává asi 6 % nákladů na provoz správy zdravotnictví, zatímco v USA je to až 22 %.

5. Rovnost

Je vyjádřena rovným přístupem k léčbě a poskytnutí všech potřebných medicínských postupů pro pacienty všech sociálních skupin bez ohledu na jejich platební schopnost nebo sociální postavení. Podle dokumentu Světové zdravotní organizace Zdraví pro všechny do r. 2000 je rovnost prvním zdravotně-politickým cílem právo všech občanů na rovné možnosti rozvíjet a udržovat svůj plný potenciál zdraví.

6. Sociální přijatelnost

Vyjadřuje, do jaké míry odpovídá uspořádání zdravotnického systému potřebám a představám společnosti, které jsou utvářeny v dlouhodobém historickém a kulturním vývoji. Zdravotnické systémy mají v teoretické rovině podobné rysy, avšak definitivní podoba národního zdravotnictví závisí konkrétně na specifických potřebách obyvatel dané země. [1]

Tabulka č. 2.1: Ukazatelé zdravotnických systémů v jednotlivých modelech zdravotnictví

| Indikátory zdravotnického systému | Tržní zdravotnictví | Národní zdravotní pojištění | Státní zdravotnictví - národní zdravotní služba |
|-----------------------------------|---------------------|-----------------------------|---|
| Dostupnost | + | +++ | ++ |
| Kvalita | +++ | ++ | + |
| Nákladnost | +++ | ++ | + |
| Výkonnost | - | + | ++ |
| Rovnost | - | ++ | +++ |
| Přijatelnost | + | +++ | ++ |

Zdroj: SUCHÁNKOVÁ, A., *Zdravotnické systémy ve světě [online]*, www.lf3.cuni.cz
[cit. 2010 – 04 – 30]

Tabulka č. 2.1 přehledně ukazuje přednosti a nedostatky jednotlivých zdravotnických systémů. Znak „+++“ znamená nejvyšší hodnotu ukazatele, naopak znak „-“ vyjadřuje to, že se daný ukazatel v modelu nevyskytuje. Tržní zdravotnictví vyniká kvalitou poskytovaných služeb, avšak náklady na něj vynaložené jsou velmi vysoké, proto se také zdravotní péče stává pro řadu lidí nedostupnou. Naopak státy s národním zdravotním

pojištěním se mohou pyšnit vysokou dostupností zdravotní péče pro své občany a uspořádání zdravotnického systému odpovídá potřebám a představám společnosti. Národní zdravotní služba se zase vyznačuje rovným přístupem ke všem sociálním skupinám. Ovšem kvalita poskytovaných zdravotnických služeb je na nižší úrovni.

Je velmi obtížné říci, který ze zdravotnických modelů je „ten správný“. Každý z nás má jiné potřeby a preference. Někdo řadí na první místo to, aby zdravotní péče byla poskytnuta všem lidem, kteří ji potřebují. Pro druhé zase může být důležitější kvalita poskytovaných zdravotnických služeb. Nikdy nemůže být vyhověno všem, vždy bude jeden člověk spokojený více a druhý méně.

Kromě výše uvedených parametrů existují ještě další, podrobnější ukazatele zdravotnického systému:

- počet lékařů na počet obyvatel,
- poměr praktických lékařů k počtu odborných ambulantních lékařů,
- počet a struktura zdravotnických zařízení,
- instituce mimonemocniční péče,
- počet a struktura nemocničních lůžek,
- průměrná délka hospitalizace,
- míra hospitalizace (na 1 000 000 obyvatel),
- vybavenost nákladnou technologií (počty CT⁷, mamografů⁸, gama nožů⁹, apod.),
- návštěvnost lékaře, struktura poskytované péče,
- střední délka života,
- úmrtnost podle věku a pohlaví, atd. [2]

Právě dva poslední zmíněné ukazatele jsou v následující tabulce srovnány mezi Německem (systém veřejného pojištění), Velkou Británií (Národní zdravotní služba) a Spojenými státy americkými (tržní zdravotnictví).

⁷ CT (zkr. *computed tomography*) je diagnostická metoda, kde měříme intenzitu úzkého svazku rentgenového záření, které prošlo tělem pacienta různými směry. Z naměřených hodnot počítač vypočte obraz.

⁸ Mamograf je lékařské diagnostické zařízení, sloužící k diagnostice a prevenci nádorových onemocnění ženského prsu.

⁹ Gama nůž nebo také Leksellův gama nůž je lékařský přístroj, který se používá v radiochirurgii pro operaci mozku, u níž je potřeba maximální přesnosti zaměření.

Tabulka č. 2.2: **Srovnání střední délky života a úmrtnosti v Německu, Velké Británii a USA v roce 2008**

| Ukazatel | Německo | Velká Británie | USA |
|--|---------|----------------|-----|
| Střední délka života | 80 | 80 | 78 |
| Míra úmrtnosti mužů (úmrtnost mezi 15. a 60. rokem / 1 000 obyvatel) | 101 | 96 | 135 |
| Míra úmrtnosti žen (úmrtnost mezi 15. a 60. rokem / 1 000 obyvatel) | 54 | 59 | 79 |
| Kojenecká míra úmrtnosti (úmrtnost do 1 roku života / 1000 narození) | 4 | 5 | 7 |

Zdroj: *World Health Organization, Světové zdravotnické statistiky [online],*
<http://apps.who.int/ghodata/> [cit. 2011-02-10]

2.4 Zdravotnictví v zemích Evropské unie

Zdravotnictví patří mezi tzv. doplňkové politiky EU. To znamená, že Evropská unie může oblast zdravotnictví upravovat na evropské úrovni pouze tam, kde není výslovně uvedeno, že tato pravomoc náleží členským státům. Zdravotní systémy členských států, tedy organizace, financování a poskytování zdravotních služeb a lékařské péče, jsou primárně v kompetenci členských států. Tento princip vychází ze Smlouvy o založení Evropského společenství. Zdravotní systémy jsou však napříč Evropskou unií stále více provázané. To je výhodné zejména pro pacienta, který přes veškeré rozdíly různých zdravotních systémů může těžit z toho, že základní principy a standardy ochrany veřejného zdraví jsou podobné. Evropská integrace významně přispěla k tomu, že různé zdravotní systémy dosáhly svých cílů v prevenci nemocí a ochraně pacientů. Konkrétním příkladem může být např. harmonizovaný systém registrací léčivých přípravků k zajištění vysokých evropských standardů kvality, účinnosti a bezpečnosti léků.

V roce 2007 vypracovala Evropská komise **Bílou knihu „Společně pro zdraví: strategický přístup pro EU na období 2008–2013“**. Objevují se nové úkoly týkající se zdraví obyvatelstva, které si žádají nový strategický přístup.

1. Demografické změny a stárnutí obyvatelstva

Stárnutí obyvatelstva, které vyvíjí tlak na udržitelnost zdravotnických systémů EU, plyne z nízké porodnosti a zvyšující se délky života. Do roku 2050 se v EU počet lidí starších 65 let zvýší o 70%, Skupina osob starších 80 let se zvýší o 170%¹⁰. Tyto změny pravděpodobně zvýší poptávku po zdravotní péči a současně sníží počet pracujících osob. To by mohlo do roku 2050 vést ke zvýšení nákladů na zdravotní péči v členských státech o 1 až 2% HDP. Z odhadů Komise však vyplývá, že pokud by lidé dokázali prožít delší život zdraví, snížil by se nárůst nákladů na zdravotní péči způsobený stárnutím až na polovinu. Je třeba podpořit opatření na podporu zdraví a prevenci nemocí řešením klíčových otázek, jako je výživa, spotřeba alkoholu, drog a tabáku, ohrožení životního prostředí nebo dopravní nehody. Zdravému stárnutí rovněž napomohou opatření na podporu zdravého životního stylu.

2. Pandemie

Potenciálními závažnými hrozbami pro zdraví jsou pandemie a nové druhy přenosných nemocí, ke kterým může dojít v souvislosti s klimatickými změnami. Zvýšení jistoty, bezpečnosti a ochrany občanů před zdravotními hrozbami bylo vždy ve středu zájmu zdravotní politiky Společenství. Rozvoj obchodu a cestování však přinesl celému světu nová rizika, a to snazším šířením přenosných chorob. Důležitou úlohou Společenství v oblasti zdraví je proto koordinace a rychlá reakce na globální ohrožení zdraví.

3. Nové technologie

V posledních letech dochází k velkému rozvoji systémů zdravotní péče, což je výsledek rychlého rozvoje nových technologií, které přinesly revoluci ve způsobu podpory zdraví a předvídání a léčení nemocí a mohou přispět k budoucí udržitelnosti zdravotní péče a zdravotních systémů. Důležitou rolí v této oblasti sehrávají také informační a komunikační technologie, inovace v oblasti genomiky, biotechnologie a nanotechnologie.

Peněžní prostředky vynakládané na zdravotní péči se ve všech vyspělých státech světa zvyšují. V evropských zemích rostou výdaje na zdravotnictví dokonce více

¹⁰ Odhady počtu obyvatel Eurostatu zveřejněné u příležitosti Mezinárodního dne seniorů dne 29. září 2006.

než ekonomický růst. Výše výdajů na zdravotnictví v jednotlivých členských zemích EU jsou zachyceny v Tabulce č. 2.3.

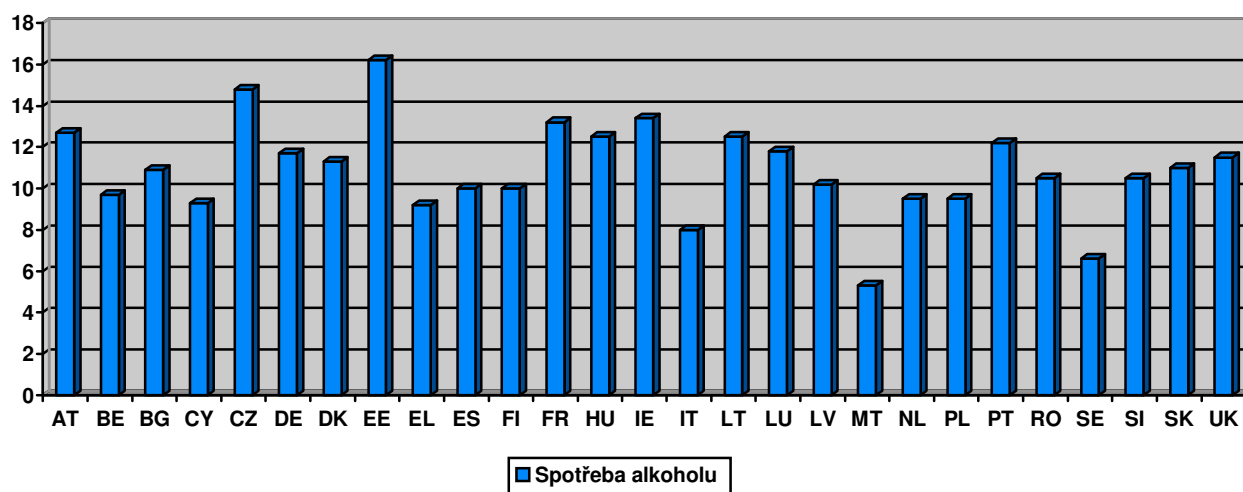
Tabulka č. 2.3: Celkové výdaje na zdravotnictví v zemích EU v roce 2008

| Země | Výdaje na zdravotnictví (% z HDP) | Země | Výdaje na zdravotnictví (% z HDP) |
|-----------------|-----------------------------------|--------------------|-----------------------------------|
| Belgie | 9,7 | Malta | 7,5 |
| Bulharsko | 7,3 | Německo | 10,4 |
| Česká republika | 6,8 | Nizozemí | 9,1 |
| Dánsko | 9,9 | Polsko | 6,6 |
| Estonsko | 5,3 | Portugalsko | 10,1 |
| Finsko | 8,4 | Rakousko | 10,1 |
| Francie | 11,1 | Rumunsko | 4,7 |
| Irsko | 8,7 | Řecko | 9,7 |
| Itálie | 9 | Slovensko | 7,8 |
| Kypr | 6,7 | Slovinsko | 7,8 |
| Litva | 6,2 | Spojené království | 9 |
| Lotyšsko | 6,5 | Španělsko | 8,7 |
| Lucembursko | 7,2 | Švédsko | 9,1 |
| Maďarsko | 7,4 | | |

Zdroj: *World Health Organization, Světové zdravotnické statistiky [online],*
<http://apps.who.int/ghodata/> [cit. 2011-02-10]

V současnosti se lidský věk ve všech členských státech Evropské unie prodlužuje. Evropané jsou vychováni k zodpovědnosti za své zdraví, uvědomují si, že je to nejčennější hodnota, které si musíme všichni vážit a řádně o ni pečovat. Nejvyššího průměrného věku se dožívají občané vyspělých západoevropských zemí. Důvodem je zvyšující se úroveň zdravotnictví a také roste zájem lidí o zdravý životní styl. Mezi nejzdravější na světě patří švédský národ. Podle statistik Světové zdravotnické organizace je očekávaná délka života švédského občana 81 let (rok 2008) a má také jednu z nejnižších měr úmrtnosti v celé EU. Švédsko je také zemí, která má velmi nízký počet kuřáků, nízkou spotřebu alkoholu, málo obézních lidí a přitom se občané nejvíce věnují sportu. Následující grafy znázorňují spotřebu alkoholu a počet kuřáků jednotlivých členských zemí EU. Nejnižší spotřeba alkoholu je zaznamenána právě ve Švédsku (6,6 litrů/rok) a také na Maltě (5,3 litrů/rok). Naopak nejvíce čistého alkoholu požívají občané Estonska (16,2 litrů/rok) , ale také obyvatelé ČR (14,8 litrů/rok). [2]

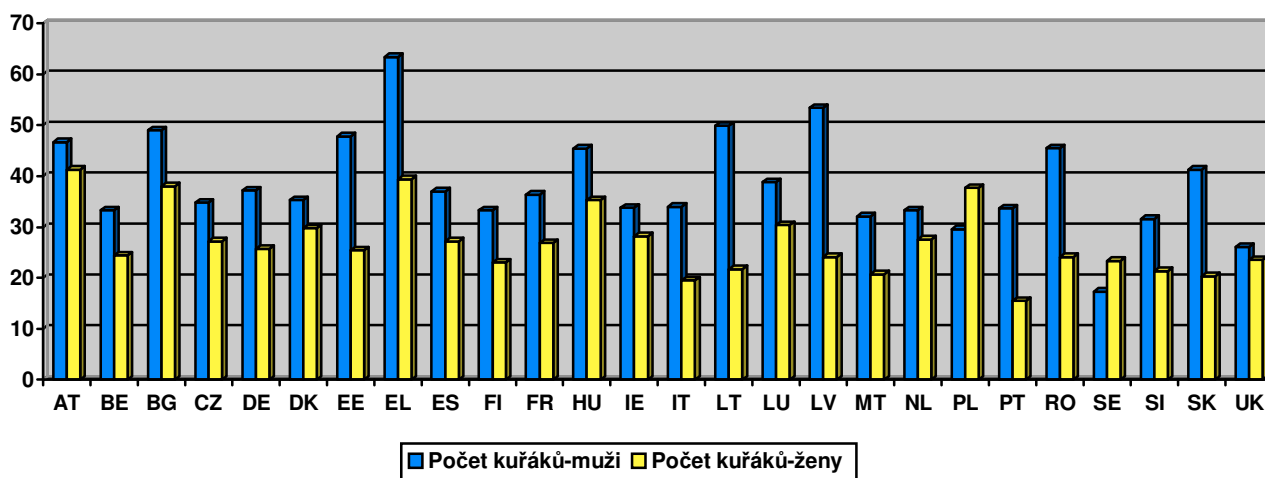
Graf č. 2.1: **Spotřeba alkoholu osob starších 15ti let v roce 2005**
(litry čistého alkoholu za rok)



Zdroj: World Health Organization, Světové zdravotnické statistiky [online],
<http://apps.who.int/ghodata/> [cit. 2011-02-10]

Počet kuřáků je ze všech států EU nejvyšší v Řecku, kde tabáku holduje 63,4 % dospělých mužů. Ve Švédsku je to pouze 17,3 % mužů. Garantem našeho zdraví tedy není jen stát, ale především my sami.

Graf č. 2.2: **Počet kuřáků starších 15ti let v roce 2006 (%)**



Zdroj: World Health Organization, Světové zdravotnické statistiky [online],
<http://apps.who.int/ghodata/> [cit. 2011-02-10]

Lékařská péče v zemích Evropské unie je kvalitní a dostupná všem občanům. Základní lékařská péče je poskytována zdarma v rámci veřejného zdravotního pojištění. Odpovědnost za financování zdravotní péče leží především na státu. Výše spoluúčasti občanů se liší a záleží na přístupu dané země k této problematice. Nejmenší odvody na pojištění zaplatí občané Irska, zdravotní pojištění je poměrně nízké také v Itálii, Řecku a Finsku. Nejvíce z členských zemí EU odvedou dohromady na zdravotním a sociálním pojištění Belgičané (zaměstnanec 13,7 % a zaměstnavatel 32,35 %). O zdravotním pojištění se často mluví jako o skryté dani. Tato sazba velmi často není zahrnována do statistik daňového zatížení. Placení zdravotního pojištění je založeno na principu solidarity, kdy i občané, kteří za celý život kromě preventivních prohlídek nepotřebují lékařské ošetření, odvádí pravidelně vysoké finanční částky na konto příslušné zdravotní pojišťovny. Systém solidarity je u zdravotního pojištění nutný, protože nikdo z nás neví, kdy budeme potřebovat rychlou a kvalitní lékařskou pomoc, která je nákladná a pro mnohé by bylo nemyslitelné, kdybychom si ji měli platit sami. [2]

Naše zdraví významně ovlivňuje také prostředí, ve kterém žijeme. Velmi nepříznivé důsledky na zdravotní stav má vzrůstající objem silniční přepravy. Špatná kvalita vzduchu ohrožuje zejména lidi trpící nemocemi dýchacích cest a neustále se zvyšuje počet lidí postižených astmatem. Hlavním cílem politiky zemí EU v prvním desetiletí třetího tisíciletí je další prodlužování střední délky života při zvyšování jeho kvality. Do budoucna lze očekávat, že se Evropská unie bude stále více zabývat celoevropskými možnostmi řešení různých závažných problémů v oblasti zdravotnictví, které nejsou jednotlivé členské státy schopny řešit individuálně, například stanovení pravidel pro poskytování přeshraniční zdravotní péče, darování lidských orgánů nebo boj s paděláním léčivých přípravků.

Všechny evropské země vycházejí při financování zdravotní péče z principu sociální ekvity, která zjednodušeně představuje vzájemnou solidaritu. Tuto solidaritu spatřujeme mezi bohatými a chudými, zdravými a nemocnými, mladými a staršími občany, mezi jedinci a rodinami nebo mezi ekonomicky aktivními a ekonomicky neaktivními. Kultura evropských zemí je založena na křesťanské filozofii, pro niž je nepřijatelné, aby chudý člověk nedostával životně důležitou zdravotní péči, která je přirozenou a nezbytnou činností ve společnosti. Péče o nemocné je fyzickou službou a tím se zdravotní péče odlišuje od jiných služeb pojímaných jako zboží. Zdravotní péče se stává jedním z občanských práv, které je stát povinen garantovat.

3 Analýza soudobého systému zdravotnictví v USA

Spojené státy americké jsou dnes jedinou zemí západního světa, která nemá jednotný federální program pro zajištění zdravotní péče a jednotnou federální zdravotní politiku. Ještě v nedávné době se k zemím, jejichž zdravotnictví bylo vystaveno působení trhu a soukromého sektoru, řadilo i Švýcarsko. To však od ledna 1996 zavedlo zákonné povinné zdravotní pojištění pro všechny občany a tím se přiblížilo evropskému standardu.

Prostor ponechaný trhu je v zásadních otázkách dominantní a státní regulace mají pouze doplňkový charakter, který vyrovnává nedostatky vzniklé selháváním tržních mechanismů. V USA neexistuje žádné závazné plánování zdravotnictví na federální úrovni týkající se zajištění komplexní zdravotní péče pro celou populaci. Existují pouze federální programy pro přesně definované skupiny starších a sociálně slabých obyvatel. V Příloze č. 1 přikládám SWOT analýzu, která poskytuje nástin silných a slabých stránek spolu s příležitostmi a ohroženími amerického zdravotnického systému.

3.1 Historie amerického zdravotnictví

Vývoj amerického zdravotnictví byl značně zdlouhavý a komplikovaný. Po celá desetiletí totiž neexistuje jednotný názor na podobu zdravotnického systému. Jak je již uvedeno výše, USA patří mezi jedinou zemi ve vyspělém světě, která tuto oblast ponechává působení trhu. Objevily se požadavky na změnu ve fungování systému zdravotnictví, avšak zatím vždy převážily hlasy odpůrců.

První pokusy navázat organizované vztahy v oblasti zdravotní péče jsou spojovány s potřebou armády a amerického námořnictva a datují se od 19. století. Soukromé pojišťovnictví se začalo rozvíjet v roce 1847, kdy jedna bostonská společnost iniciovala experimentální pojistný plán pro případ nemoci. V 60. letech 19. století začaly financovat zdravotní péči pro své zaměstnance železnice, a to prostřednictvím programů nemocniční péče. Od roku 1886 nabízely firmy pojištění pro případ určitých onemocnění a později rozšířily pojištění pro případ invalidity v důsledku nemoci či úrazu. Na počátku 20. století se soukromé pojištění rozšiřovalo a postupně se rozvinuly další formy pojištění pro poskytování nemocenských dávek, nemocniční a chirurgické léčby a zvláštních výdajů

na zdravotní péči. Ne všechny soukromé pojišťovny však byly úspěšné, mnohé z nich zbankrotovaly. Až do konce 30. let 20. století byla tedy nerozšířenější formou úhrady za lékařskou péči přímá platba od pacienta.

První pokusy prosadit zdravotní pojištění na americké půdě se objevují již před 1. světovou válkou. Ale teprve Velká hospodářská krize, která propukla v důsledku propadu akcií na americké burze v roce 1929, vytvořila sociálně příznivější podmínky pro diskusi na toto téma. Masová nezaměstnanost a náhlé zhoršení ekonomické situace početných skupin populace vedly k integraci představ o sociálním pojištění, které v té době existovalo v Německu, Anglii nebo Francii. Hlavní prioritou amerického systému zabezpečení mělo být pojištění pro případ nezaměstnanosti.

Prezident Franklin Delano Roosevelt přišel s komplexním plánem na oživení ekonomiky s názvem „New Deal“ (Nový úděl), který počítal také se zdravotním pojištěním. Reformu zastavil odpor Sdružení amerických lékařů (AMA) v čele s Americkou lékařskou společností. Již v roce 1920 vydala AMA prohlášení, v němž se ostře staví proti jakýmkoli pokusům o zavedení zákonného zdravotního pojištění, jež by podléhalo dohledu státu či federální vlády. AMA se stala hlavním oponentem zamýšlených vládních regulací nejenom v roce 1935, ale i ve všech dalších obdobích. Vystoupila proti jakékoli snaze politiků prosadit systém zdravotnictví, kde by měl významné slovo veřejný subjekt, naopak rezolutně se stavěla na obranu soukromého charakteru lékařského povolání. Považovala to za hrubé zasahování do profesionální autonomie. Tato diskuse nakonec skončila kompromisem, dovolujícím vstup soukromých zdravotních pojišťoven na trh dobrovolného zdravotního pojištění. Mělo se jednat o subjekty, které by zajistily systém předplacené péče, a to hlavně nemocniční.

Nemocenské pojištění se ve 30. a 40. letech začalo prudce rozvíjet. V roce 1929 se utvářela jedna z nejvýznamnějších zdravotních pojišťoven Blue Cross (Modrý kříž), původně na neziskovém principu, v pozdějších letech byl však nahrazen komerční orientací. V roce 1949 již Modrý kříž pokrýval 61% veškerého zdravotního pojištění. Tato instituce hradila náklady za zdravotní péči přímo poskytovatelům služeb a ne zpětnou úhradou pacientům. Lékaři v primární péči, kteří byli ochotni vzdát se přímé platby od pacienta a čekat na proplacení od třetí strany, se sdružili do organizace Blue Shield (Modrý štít). Vedle Blue Cross/Blue Shield se prosadilo rovněž zdravotní pojištění pro stavební dělníky a později také

pro pracovníky loděnic a oceláren Kaiser-Permanente Medical Care Program z roku 1938. Na konci 40. let byl také pro zaměstnance města New York zaveden pojistný plán Health Insurance Plan of Greater New York. V silných odvětvích průmyslu byla postupně vytvářena zaměstnanecká pojištění.

V průběhu 40. let následovaly další pokusy jednotlivých senátorů získat podporu veřejnosti i politiků pro zavedení povinného zdravotního pojištění. Celoamerická diskuse o legalizaci národního zdravotního pojištění byla oživena na počátku 50. let za vlády prezidenta Harryho Trumana. Politická a sociální situace však pro ni nebyla příliš příznivá. Toto období je spojováno se jménem Josephem Raymondem McCarthym, senátorem, který stál v čele Výboru pro vyšetřování „neamerické činnosti“. Tento výbor rozpoutal tzv. „hon na čarodějnice“, kdy docházelo k veřejnému pronásledování mnoha občanů USA, podezřelých ze styků s komunisty či jejich stoupenci a z neloajálnosti vůči demokracii. Vnitřní antikomunistický boj podpořila také Americká lékařská společnost, která v předvolební kampani na svou stranu získala významné představitele amerického průmyslu, včetně majitelů masových sdělovacích prostředků. Přesvědčila veřejnost, že zákonné zdravotní pojištění otevírá dveře socialismu a komunistickým principům. AMA obvinila iniciátory reformy z prosazování myšlenek blízkých nacismu a stalinismu. Tento argument vyděsil většinu veřejnosti a sjednotil je v odporu proti národnímu zdravotnímu pojištění, které mělo být rozkladným prvkem americké demokracie. Autoři reformy toto nařčení ostře odmítali, nicméně navrhovaná reforma zdravotnictví zůstala nenaplněna, mimo jiné i z toho důvodu, že AMA disponovala mnohem větším objemem finančních prostředků na svou kampaň proti pojištění, než mohla do propagace reformy investovat vládní administrativa.

Během dalšího desetiletí se však ukázalo, že značná část populace nemá přístup ke zdravotní péči a mnoho obyvatel si sjednává zdravotní pojištění ve velmi omezeném rozsahu a je tzv. podpojištěna. Proto po velkých diskusích byl v polovině 60. let legalizován federální plán Medicare a Medicaid. Oba programy byly schváleny v roce 1965 jako součást doplňkových zákonů k sociálnímu zabezpečení.

Po nástupu prezidenta Billa Clintona začátkem 90. let probíhaly další diskuse o nutnosti reformovat americké zdravotnictví, které se stalo jedním z prvořadých úkolů jeho politiky. Nicméně stále platilo, že zdravotní pojištění zůstává soukromou a dobrovolnou záležitostí jedinců, případně zaměstnavatelů. Ústředními motivy navržené reformy byly řízená

soutěž mezi poskytovateli zdravotní péče, stanovení stropu pro výdaje na zdravotní péči, zohledňující inflaci a vývoj populace a kontrola veřejných výdajů na zdravotnictví změnou pojišťovacího systému. Byla vytvořena „health care task force“, skupina špičkových manažerů a zkušených politiků, vedená Hillary Clinton. Prvním krokem bylo ustanovení pracovních skupin pro jednotlivé aspekty reformy. Zájmové skupiny poskytovatelů zdravotní péče se však cítily ohroženy a okamžitě zareagovaly. Již v únoru 1993 podalo několik organizací žalobu na administrativu Bílého Domu, kde zdůrazňovaly, že v těchto pracovních skupinách nejsou reprezentativně zastoupeny všechny složky poskytovatelů zdravotní péče. Zároveň začala největší lobbyistická kampaň v historii USA, která měla zabránit úspěchu navržené reformy. Byl použit nejmocnější mediální nástroj - televize, kde byla vysílána (anti)reklama s cílem navodit odmítavé stanovisko nejširší populace k reformě. To se podařilo, protože podpora obyvatelstva poklesla o 20%. Výsledkem této kampaně bylo zamítnutí reformy i v Kongresu USA.

3.2 Subjekty zdravotní péče v USA

V americkém tržním modelu zdravotnictví existují tři hlavní skupiny subjektů:

- poskytovatelé,
- plátcí,
- pacienti.

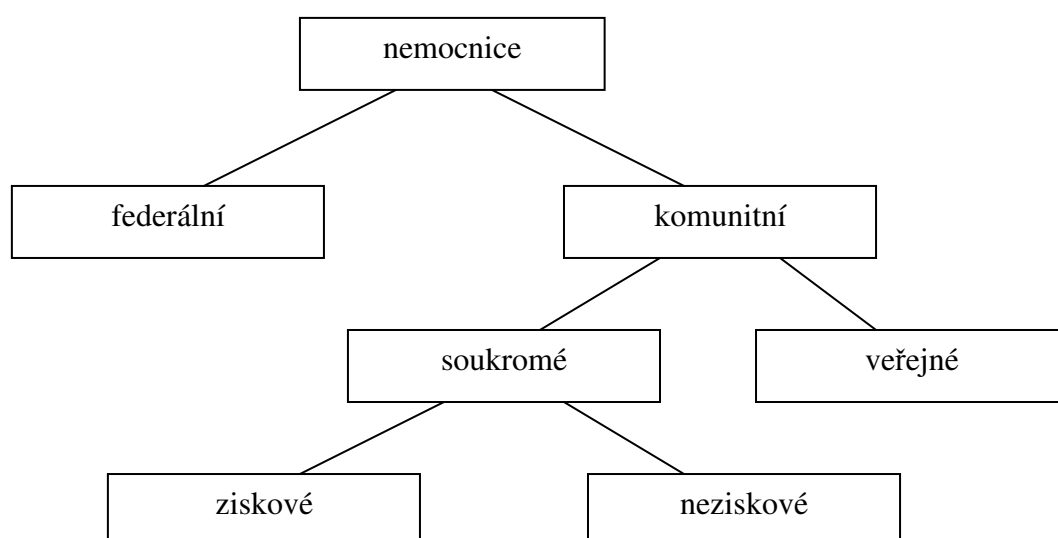
3.2.1 Poskytovatelé

V primární sféře zajišťují zdravotní péči soukromí lékaři všeobecného zaměření i odborných specializací, kteří pracují individuálně nebo ve skupinových praxích. Úhrada probíhá účtováním služeb podle vlastních cen výkonů přímo pacientovi nebo třetí straně, což je nejčastěji zaměstnavatel, soukromá pojišťovna nebo stát. Podíl individuálních praxí se postupně snižuje a stále více lékařů se spojuje ve sdružených praxích, např. v zařízeních typu Health Maintenance Organization (HMO), které poskytují komplexní primární péči a mají návaznost i na péči nemocniční. Existuje více organizačních forem HMO, kde mohou být lékaři jak spolumajiteli či smluvními partnery, tak i zaměstnanci s předem sjednaným platem nebo mohou mít příjem podle podílu na vykonaných službách. HMO mohou být buď ziskového nebo neziskového charakteru.

Jiným typem regulovaného poskytování péče jsou smluvní poskytovatelé (Preferred Provider Organizations), kteří uzavírají dohody např. se zaměstnavateli o zajištění podnikové zdravotní péče za smluvní ceny, které jsou nižší než běžné tržní ceny. Garancí výdělku je nasmlouvaný objem péče o velkou skupinu zaměstnanců. Tento typ poskytování zdravotní péče spolu s konceptem HMO je nazýván alternativním, což vyjadřuje to, že je tato péče poskytována financována jiným než tradičním způsobem odměny za vykonanou službu sjednanou ve svobodném smluvním vztahu mezi pacientem (případně pojišťovnou) a lékařem. Zpravidla se jedná o předem uspořádaný vztah mezi poskytovatelem a plátcem se stanovenými podmínkami.

Ve specializované sekundární a terciární péči působí hustá a nerovnoměrně rozložená síť zdravotnických zařízení různých vlastnických forem a různých zřizovatelů. Jedná se o komunitní akutní nemocnice, dlouhodobé léčebny a federální nemocnice, které jsou vyhrazeny jen pro určité skupiny obyvatel (např. váleční veteráni, Indiáni, Eskymáci). Federální nemocnice podléhají federální správě, ostatní veřejné nemocnice jsou obvykle v držení městské správy. Dále pak existují soukromé nemocnice, které mohou být buď neziskového charakteru v držení charitativní organizace či nadace nebo jsou zřizovány jako organizace ziskové. Rozdělení nemocnic v USA znázorňuje Obrázek č. 3.1.

Obrázek č. 3.1: **Členění nemocnic v USA**



Zdroj: KRÍŽOVÁ, E., *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání*, 1998

Dalším typem zdravotnických zařízení jsou nemocnice zařazené do celonárodní, eventuálně mezinárodní sítě jednotně spravovaných a ziskově orientovaných zařízení (IOFP – Investor owned for profit hospital chain). Mezi nejvýznamnější nemocniční řetězce tohoto typu patří:

- Hospital Corporation of America,
- National Medical Enterprises,
- Humana,
- American Medical International.

Tato zařízení nabízejí špičkovou péči, jako jsou transplantace orgánů nebo např. zajišťují zdravotní péči při významných mimořádných akcích typu olympijských her. [3]

Zvláštním typem nemocnic jsou výukové nemocnice (teaching hospitals) při lékařských fakultách. Ty poskytují jak špičkovou terciární péči, tak i léčbu chudým a nepojištěným osobám, kdy značná část zůstává neuhrazena.

3.2.2 Plátcí

V USA nikdy nedošlo k přijetí zákona o všeobecném veřejném zdravotním pojištění. Zdravotní péče je hrazena z různých zdrojů, a to směsicí veřejných plátců (federálních, státních a místních), soukromého pojištění a přímé platby. V průběhu 20. století se postupně rozvíjel systém předplacené péče, který zajišťují soukromé pojišťovny komerčního i neziskového charakteru. V USA působí velké množství privátních pojišťovacích subjektů. Mezi nejznámější a nejstarší z nich patří Modrý Kříž/Modrý Štít, jejichž vznik je spojen s velkou hospodářskou depresí v roce 1929.

Soukromé pojišťovny nabízejí individuálně nebo skupinově sjednané pojistné plnění, kdy šíře a náročnost závisí na zájmu klienta. Většina pojišťoven vyměřuje výši pojistného podle individuálního rizika (tzv. risk-adjusted premium), kde hraje roli věk, pohlaví, nemocnost, zdravotní stav, počet členů rodiny apod. Výše pojistného také závisí na rozsahu služeb, délce pojištění a výši finanční spoluúčasti. Finanční spoluúčast pacienta, tedy přímá platba v momentu spotřeby, tvoří i v systému předplacené péče významnou roli. Přestože má občan uzavřeno soukromé zdravotní pojištění, musí podle sjednané spoluúčasti uhradit přímou platbou první náklady na zdravotní péči do stanoveného limitu. Teprve když náklady

překročí stanovenou hranici, je pacientovi hrazena péče z pojistky. Není však vyloučeno, že i poté bude určitou procentuální částkou nadále přispívat při úhradě zdravotní péče. Podmínky soukromého zdravotního pojištění jsou velmi nejednotné a variabilní, mj. záleží i na tom, o jakou skupinu populace se jedná.

Soukromé pojišťovny jsou do určité míry regulovány komisemi pro soukromé pojištění na úrovni jednotlivých států. Státy mohou určovat služby, jež by měly být standardně zahrnuty do katalogu hrazených služeb nebo mohou kontrolovat maximální výši a růst pojistného. Federální vláda nemá žádné kompetence ve vztahu k soukromým pojišťovnám, neexistuje tedy jednotná politika v této oblasti.

Zvláštní formou financování a organizování amerického zdravotnictví je koncept Health Maintenance Organizations, který integruje poskytovatele (zdravotnická zařízení) a plátce (zdravotní pojišťovny) v jeden správní a organizační subjekt neboli propojuje jejich činnost. Jedná se o soukromé organizace, poskytující zdravotní péči zaregistrované populaci za podmínky pravidelných měsíčních či ročních záloh. HMO hradí zdravotní péči z rozpočtu, získaného z příspěvků klientů. Health Maintenance Organizations jsou více rozebrány v kapitole 3.3.1.

3.2.3 Pacienti

Sjednání zdravotní péče je dobrovolnou záležitostí a iniciativou občana, případně dobrovolnou nabídkou zaměstnavatele. Většině Američanů se dostává zdravotní péče v rámci soukromého pojištění. Největší podíl tvoří skupinové zdravotní pojištění ekonomicky aktivních obyvatel v rámci jejich zaměstnání. Zaměstnavatelé zajišťují zdravotní péči buď prostřednictvím soukromých pojišťoven nebo přímou úhradou reálných nákladů smluvním poskytovatelům. Zaměstnanecké pojištění nabízí zaměstnavatel dobrovolně jakou součást péče o své zaměstnance. K tomuto úkonu nemá zákonnou povinnost, ale je podporován daňovou politikou a daňovými úlevami. Pojistné na zdravotní péči totiž představuje nevyplacenou část mzdy zaměstnance, která nepodléhá daňové povinnosti a kterou si zaměstnavatel může odepsat jako své náklady.

Většina zaměstnanců v zaměstnaneckém zdravotním pojištění má garantovanu všeobecnou i specializovanou péči, včetně hospitalizace. Rozsah těchto služeb se však značně liší. Zatímco zaměstnavatelé silných odvětví s tradiční úlohou odborů (např. ocelářský průmysl a automobilky) mají nejširší pojistné plány, odvětví služeb (např. pohostinství) mají velmi limitovaný nebo dokonce žádný objem zdravotního pojištění.

Menší část populace má sjednáno u soukromých pojišťoven klasické individuální zdravotní pojištění. Rozsah pojistky je dán smluvně, často jen na omezenou délku hospitalizace a definované oblasti péče (např. zvlášť sjednané pojistné pro případ onkologického onemocnění). Pro mnoho lidí je finančně neúnosné platit si pojistné v celém rozsahu, proto má značná část populace kombinované krytí ze soukromé pojistky a veřejných programů. Veřejným a státním zaměstnancům nebo vojákům a válečným veteránům se dostává bezplatné zdravotní péče.

3.2.4 Systém zdravotní péče a jeho subjekty v České republice

Všichni občané ČR jsou podle zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění povinni platit zdravotní pojištění. Tím se systém zdravotního pojištění České republiky zcela odlišuje od amerického zdravotnického modelu, který je založen na dobrovolnosti sjednání pojištění. Zdravotní pojištění se odvádí na účty zdravotních pojišťoven a následně pak dochází k tzv. přerozdělování finančních prostředků vybraných na zdravotním pojištění. Veřejné zdravotní pojištění zajišťuje stejný přístup k čerpání zdravotní péče hrazené z tohoto pojištění všem občanům bez ohledu na konkrétní výši jimi placeného pojistného. Přerozdělovací mechanismus je důležitý nástroj, kterým se zajišťuje solidarita zdravých občanů s nemocnými.

Stejně jako v USA rozlišujeme v rámci ČR primární, sekundární a terciární zdravotní péči, která je občanům poskytována ve zdravotnických zařízeních. K 31. 12. 2010 bylo v České republice evidováno 189 nemocnic, které mohou být rozděleny na fakultní nemocnice, nemocnice akutní péče a nemocnice následné péče. Pokud budeme nemocnice členit podle zřizovatele, pak na konci roku 2010 bylo:

- 19 zařízení řízeno přímo Ministerstvem zdravotnictví,
- 24 zařízení spravováno krajem,

- 17 zařízení spravováno městem nebo obcí,
- 121 zařízení privátních – zřizovatelem je jiná právnická osoba,
- 3 nemocnice zřízeny církevními organizacemi,
- 5 nemocnic v rezortu ministerstva obrany a spravedlnosti. [20]

Kromě pojistného na veřejné zdravotní pojištění má pacient povinnost platit také regulační poplatky:

- 30 Kč za návštěvu, při které je provedeno klinické vyšetření,
- 30 Kč za návštěvní službu poskytnutou praktickým lékařem,
- 30 Kč za položku na receptu při výdeji léků, které jsou plně nebo částečně hrazeny z veřejného zdravotního pojištění,
- 60 Kč za každý den, ve kterém byla poskytována ústavní péče, komplexní lázeňská péče, ústavní péče v dětských odborných léčebnách a v ozdravovnách,
- 90 Kč za pohotovostní službu poskytnutou zdravotnickým zařízením.

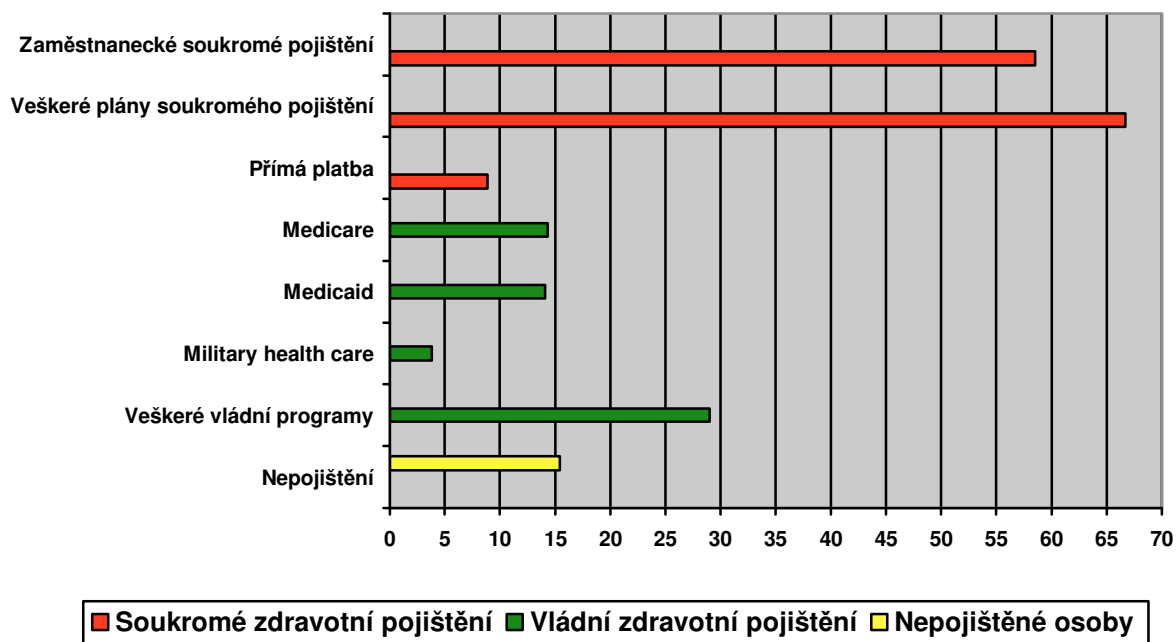
Finanční spoluúčast je však v ČR zanedbatelná v porovnání s výdaji, které na zdravotní péči vynakládají Američané v rámci soukromého zdravotního pojištění. [21]

3.3 Soukromě poskytovaná zdravotní péče

Z Grafu č. 3.1 je patrné, jak důležitou roli ve zdravotnickém systému USA sehraává právě soukromé pojištění. Nejvíce Američanů (58,5%) je pojištěno prostřednictvím zaměstnavatele. Ti sice ve většině států zdravotní pojištění zaměstnancům nabídnout nemusejí, pokud se ale pro tento benefit rozhodnou, nesmí ho žádnému pracovníkovi odepřít. Ani sama pojišťovna nemůže nikoho z firemního skupinového zdravotního pojištění vyloučit. Celková míra soukromého pojištění dosáhla v roce 2008 66,7%.

Naproti tomu veřejně poskytovaná zdravotní péče je mnohem nižší, vládními zdravotními plány bylo v roce 2008 pojištěno pouze 29% osob. Nejznámějšími veřejnými programy jsou Medicare (pojištěno 14,3% osob) a Medicaid (pojištěno 14,1% osob), o kterých se více zmiňuje kapitola 3.4.1 a 3.4.2. Značná část obyvatel (15,1%) byla v roce 2008 nepojištěna. Problematice nepojištěných osob se více věnuje kapitola 4.

Graf č. 3.1: Typ zdravotního pojištění v roce 2008 (v %)



Zdroj: *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2008* [online], <http://www.census.gov/prod/2009pubs/p60-236.pdf> [cit. 2011-03-02] ¹¹

Přílišná nákladnost donutila politiky a manažery přijmout opatření na kontrolu nákladů, která jsou označována pod pojmem „**řízená péče**“. Tu reprezentují zejména instituce HMO (Health Maintenance Organizations) a PPO (smluvní poskytovatelé). Aplikuje se zde princip vázané volby lékaře a zdravotnického zařízení, subsidiarity péče a rozpočtování. Ekonom Alain Enthoven prosadil na konci 70. let model „zákaznické volby“, jehož východiskem je přesvědčení, že kontrolu nákladů je možné zajistit konkurencí mezi poskytovateli a plátcí péče a širokým trhem různě rozsáhlých pojistných plánů s odlišnými cenami péče, ze kterých si zákazník bude moci podle svých potřeb a možností vybírat.

¹¹ Military health care (Vojenská zdravotní péče) zahrnuje Tricare (program zdravotní péče sloužící členům pořádkové služby i těm, co již odešli do penze a jejich rodinám po celém světě) a CHAMPVA (Civilní zdravotní a lékařský program Ministerstva pro záležitosti veteránů).

Jednotlivé typy pojištění se navzájem nevylučují, lidé mohou spadat do více než jednoho typu zdravotního pojištění v průběhu roku.

Obecně představuje „řízená péče“ komplex právních, manažerských a medicínských nástrojů, jehož prostřednictvím lze dosáhnout zlepšení dostupnosti, efektivity a kvality zdravotní péče. Existuje několik důvodů pro vznik řízené péče:

- *medicínské* – rozmach efektivních, ale finančně nákladných medicínských technologií a potřeba jejich zavádění do praxe,
- *ekonomické* – značný nárůst podílu zdravotnictví na HDP,
- *sociální* – snaha o zajištění dostupnosti péče pro všechny sociální skupiny.

Snahou řízené péče je zajistit ekonomickou efektivitu, jejíž součástí je:

- *alokační efektivita* – efektivní nasměrování zdrojů,
- *technologická efektivita* – efektivní využívání technologií a jejich vhodný výběr,
- *technická efektivita* – efektivní využívání zdravotnické techniky. [6]

3.3.1 HMO

Health Maintenance Organizations (HMO) představují zvláštní organizační celky, které poskytují a zároveň financují zdravotní péči zaregistrované populaci. Jedná se tedy o propojení pojišťovacího subjektu a zařízení, poskytujícího nejčastěji služby ambulantního typu, s návazností na léčbu nemocniční. Ta je zajišťována buď vlastní lůžkovou částí nebo ji má HMO sjednanou s nemocnicemi. HMO jsou soukromé organizace na neziskovém či komerčním principu, jejichž úkolem je zajišťovat komplexní péči o pacienty z prostředků zálohovaného pojistného. Rozhodující řídicí roli v HMO mají zdravotní pojišťovny.

Organizace tohoto typu samostatně hospodaří s vlastním rozpočtem, který je závislý na počtu a složení klientů a výši pojistného. Výše plateb je závislá na věku občana, počtu spolupojištěných členů rodiny a podle míry individuálního zdravotního rizika. Ani HMO tedy neuplatňují princip sociální solidarity, jelikož nestanovují výši plateb podle platu a ekonomických možností pojištěné osoby.

Lidé si vybírají HMO podle geografické dostupnosti, ceny pojistného, míry finanční spoluúčasti a podle kvality a rozsahu služeb. Po registraci u HMO platí pravidelné měsíční (roční) platby pro předplacení zdravotní péče pro sebe a svou rodinu. Tato platba umožňuje pacientovi přístup ke komplexní péči od preventivní, všeobecné až po specializovanou.

Zaregistrovaní občané se zase zavazují čerpat péči pouze u těchto organizací. Za toto omezení je obvykle poskytována výhodnější sazba pojistného než u běžných pojišťoven. HMO se zaměřují na úsporu nákladů, snaží se více podporovat prevenci a šetřit prostředky účelnější administrativou.

Ekonomizace HMO je spatřována především v razantním zkrácení průměrné délky hospitalizace. Při financování nemocniční péče uplatňuje většina HMO způsob úhrady podle diagnostických skupin (Diagnosis Related Groups-DRG), což znamená, že nemocnice dostane za léčbu pacienta průměrnou, standardní platbu předem, a to podle skupiny, do níž je pacient zařazen. Pacienti jsou začleňováni do diagnostických skupin podle:

- operační (chirurgické) či konzervativní léčby (bez operačního zásahu),
- primární diagnózy,
- věku (cena roste s věkem),
- pohlaví (ženy dostávají automaticky více),
- sekundární diagnózy,
- komplikací a zvláštních výkonů. [3]

Cílem HMO je přesunout mnohé typy péče z nemocnic do ambulantní sféry a podporovat ambulantní chirurgii jako prostředek ke snížení počtu hospitalizací. Úhrada péče znamená vždy výdajové položky z rozpočtu HMO. Z tohoto důvodu tedy HMO představují maximálně efektivní a z hlediska kontroly nákladů relativně úspěšný způsob poskytování zdravotní péče. Pacient je však nucen smířit se s jistým snížením kvality (omezená volba lékaře, delší čekací lhůty na vyšetření, nižší komfort nebo střídání lékařů ve skupinové praxi).

HMO byly legalizovány zvláštním zákonem v roce 1973 (The Health Maintenance Organization Act) za vlády prezidenta Richarda Nixona. Budování HMO mělo být jednou z možností kontroly výdajů a zpomalení expanze nákladů vynaložených na zdravotní péči. Přijetí konceptu HMO a jeho prosazení v praxi však nebylo snadným úkolem. Tato myšlenka totiž vyvolala obavy z omezování autonomie lékařské profese, a tak není divu, že hlavním odpůrcem zavedení HMO byla opět Americká lékařská společnost, která nesouhlasí s jakýmkoli pokusy organizovat a kontrolovat výkon lékařské profese. Proti byly také nemocnice, které se obávaly, že HMO bude maximum péče poskytovat v ambulantních zařízeních a bude předávat méně pacientů k hospitalizaci, ale i ostatní zdravotní pojišťovny, které jsou ohroženy existencí HMO kvůli nižším sazbám pojistného.

Existuje několik typů HMO, v zásadě se ale rozlišují tři základní schémata těchto organizací.

1. Plně integrovaný zaměstnanecký model (staff HMO)

HMO vlastní a spravuje zdravotnická zařízení různého typu, jako nemocnice, ambulantní služby, psychiatrické léčebny, ošetrovatelské ústavy, rehabilitační zařízení a jiné. Tyto organizace jsou většinou schopny pacientům poskytnout veškerou potřebnou péči. V tomto modelu HMO zaměstnává lékaře a ostatní zdravotní personál, kteří jsou najímáni za plat, jsou k ní tedy v zaměstnaneckém poměru. Mohou dále dostávat bonus při udržení nízkých nákladů jako podíl na zisku.

2. HMO se skupinovou praxí (group HMO)

Jedná se o partnerství několika soukromých praktikujících lékařů. Ti tvoří profesionální korporace nebo asociace a poskytují zdravotnické služby v předem dohodnutém rozsahu a za dohodnuté ceny. Nabízejí služby více specializací, a to za měsíční poplatek za každého klienta bez ohledu na skutečně provedené služby. Vazba mezi HMO a lékaři je velmi těsná. Lékaři mohou mít dohody i s jinými HMO a ta zase může uzavřít smlouvy s různými sdruženými praxemi, aby zajistila komplexní služby pro své klienty.

3. HMO s individuálními nezávislými praxemi (Independent practice association HMO)

HMO navazuje vztahy s nezávisle praktikujícími lékaři, kteří poskytují péči ve svých vlastních ordinacích. Lékaři mají vedle činnosti pro HMO také své soukromé pacienty, s odměnou za výkon. [7]

3.3.2 PPO

Organizace preferovaných poskytovatelů (Preferred Provider Organization, PPO) sdružují poskytovatele zdravotní péče do skupin, jež pak klientům, kteří do tohoto programu vstoupí, nabízejí zdravotní péči za určitou sníženou sazbu. Na rozdíl od systému organizací zdravotní péče HMO, kdy je pro klienta programu téměř nemožné, aby mu byla poskytnuta péče mimo rámec zúčastněných lékařů či nemocnic, je u PPO možné, za podmínky vysokých doplatků, obdržet péči i od jiných poskytovatelů. Znamená to tedy, že klient může

navštěvovat libovolné lékaře, nicméně navštíví-li doktora ze sítě PPO, bude platit významně nižší spoluúčast.

PPO se také od HMO odlišuje tím, že nepřijímá úhradu svých služeb prostřednictvím ročních kapitačních plateb. Jejich režim fungování je mnohem více podobný standardnímu zdravotnímu pojištění. Poskytovatelé sdružení v PPO nabízejí své služby za snížené ceny, což si mohou dovolit z důvodu předem zajištěného přísunu pacientů, kteří se zavazují k využívání služeb právě členů PPO oplátkou za nižší finanční spoluúčast pro klienta. Příkladem mohou být dohody se zaměstnavateli, kteří chtějí zajistit podnikovou zdravotní péči pro své pracovníky za nižší smluvní ceny. Pro PPO se péče o takto velkou skupinu zaměstnanců stává garancí výdělku. Smluvní lékař souhlasí, že bude respektovat pravidla PPO (řízení nákladů) a stanovený způsob úhrady (cena jeho služeb je obvykle o 20% nižší než pro ostatní pacienty).

3.3.3 Soukromé zdravotní pojištění v České republice

Český občan si může nad rámec veřejného zdravotního pojištění sjednat také soukromé zdravotní pojištění, kterým se může pojistit proti riziku ztráty příjmu, které vznikne v důsledku úrazu či nemoci. Existují různé typy soukromého zdravotního pojištění, kterými lze pojistit:

- pracovní neschopnost (následkem úrazu i nemoci),
- pobyt v nemocnici (následkem úrazu i nemoci),
- nadstandardní vybavení v nemocnici,
- stomatologické výkony,
- nemoc,
- invaliditu následkem nemoci,
- závažná onemocnění.

Soukromé zdravotní pojištění však v České republice znamená zcela odlišný pojem než v USA. Zatímco Američané si jeho prostřednictvím zajišťují základní zdravotní péči, pro občany ČR představuje tento druh pojištění spíše nadstandard. Znamená to, že pokud si soukromé zdravotní pojištění neuzavře český občan, zaručuje se mu poskytnutí zdravotní péče stále v rámci veřejného zdravotního pojištění. Pokud si však soukromé pojištění nemůže

z finančních důvodů dovolit americký občan a zároveň nespadá do některých z veřejných programů, stává se nepojištěným a může to znamenat velký problém.

3.4 Veřejně poskytovaná zdravotní péče

V USA existují i veřejné programy zdravotní péče. Nejznámější z nich jsou Medicare a Medicaid, které byly přijaty Kongresem v roce 1965 a State Children's Health Insurance Program z roku 1997. Neznamenají však zdaleka komplexní péči pro každého občana, zaměřují se pouze na určité skupiny populace. Mnoho zastánců klasické americké filozofie zdravotnictví se s těmito programy neztotožňují. Tvrdí, že bezplatná zdravotní péče narušuje individuální odpovědnost, způsobuje parazitování některých jedinců v systému kolektivní ochrany a znamená dvoukolejné zdravotnictví.

3.4.1 Medicare

Vznik federálního programu Medicare je spojován se jmény prezidentů Johna Fitzgeralda Kennedyho a jeho nástupcem Lyndonem B. Johnsonem, kteří se zasloužili o jeho zavedení. V průběhu let byl tento důležitý pilíř americké sociální politiky neustále upravován a rozšiřován až do dnešní podoby. V současnosti je program Medicare určen pro populaci nad 65 let a pro přesně definované skupiny chronicky nemocných. Lidé, kteří odcházejí do důchodu a končí jim zaměstnanecké pojištění, jsou nejvíce ohroženou skupinou s nedostatečným přístupem k potřebné zdravotní péči. Medicare dále hradí zdravotní péči invalidním osobám a pacientům s ledvinovým selháním. Medicare je přednostně orientován na naléhavou akutní péči, nekryje dlouhodobou péči a preventivní prohlídky. Program Medicare se v roce 2008 vztahoval na 45,2 milionu lidí, z tohoto počtu připadá 37,8 milionů na obyvatele ve věku 65 let a více a 7,4 milionů na zdravotně postižené. [8]

Program Medicare má dvě složky. První z nich je Hospital Insurance (HI) neboli Část A, kdy je z prostředků sociálního zabezpečení hrazena nemocniční péče a ve velmi omezeném rozsahu léčba v sanatoriích a některé domácí služby. Druhou složkou je tzv. Supplementary Medical Insurance (SMI), která se skládá z Části B a Části D. Z části B je hrazena péče praktického lékaře a specializovaná ambulantní péče, některé zdravotní pomůcky, které slouží k dlouhodobému užívání, např. invalidní vozíky a další vybrané služby.

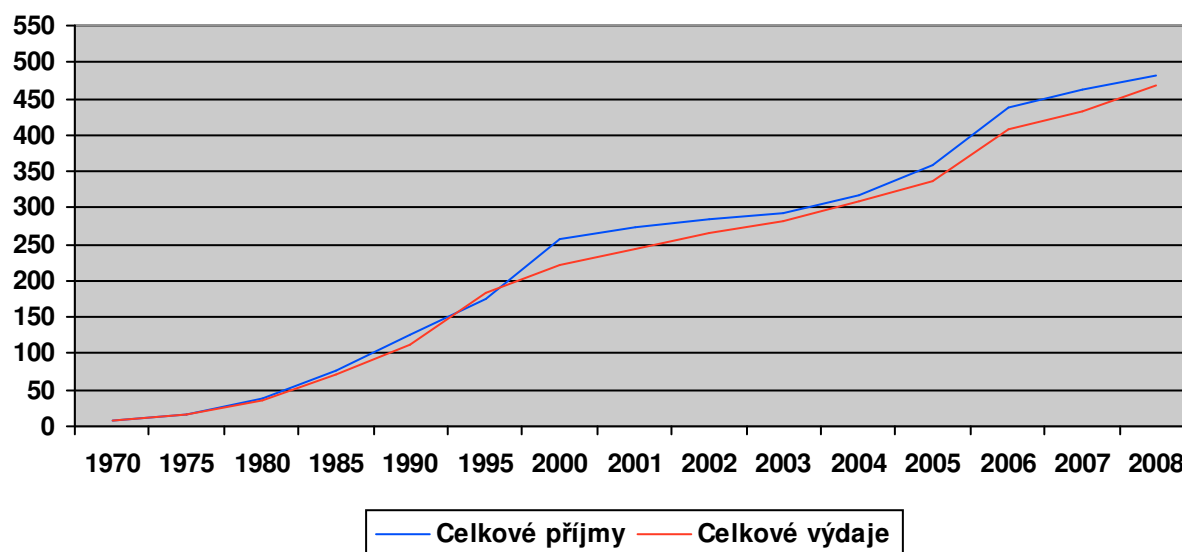
Část D, která funguje od 1. ledna 2006, se pak týká léků. Medicare má také Část C, která slouží jako alternativa k tradiční Části A a Části B. Příjemce si sám zvolí, zda se do této Části zaregistruje. Pokud tak učiní, získává péči ze soukromých zvýhodňujících plánů (tzv. Medicare Advantage plans) a některých dalších plánů zdravotního pojištění na základě smlouvy s Medicare.

Jedná se o jednotný intergenerační celoamerický program, spravovaný federální institucí Health Care Financing Administration HCFA a financovaný hlavně z daní a příspěvků ekonomicky aktivní populace na sociální zabezpečení. V případě zaměstnanců činí daň 2,9% ze mzdy (1,45% formou srážky z platu pracovníka a 1,45% hradí zaměstnavatel), osoby samostatně výdělečně činné musí zaplatit celkovou daň 2,9% ze svého čistého zisku. Ve všech státech Unie jsou tedy podmínky zařaditelnosti i rozsah krytí zdravotní péče shodné. Program je napojen na celonárodní systém důchodového zabezpečení¹² a jiné druhy sociálního pojištění. Každý, kdo je začleněn do systému sociálního zabezpečení, je zahrnut do programu Medicare. [22]

Program má pro každý rok vyčleněný objem federálních prostředků, z něhož se čerpá nerovnoměrným způsobem. Představuje významnou část amerického zdravotního rozpočtu a v posledním desetiletí rostou jeho výdaje výrazně rychleji než příjmy. Celkové příjmy a výdaje programu Medicare od roku 1970 znázorňuje Graf č. 3.2.

¹² Zákon o sociálním zabezpečení byl podepsán 30. července 1965 prezidentem Lyndonem B. Johnsonem.

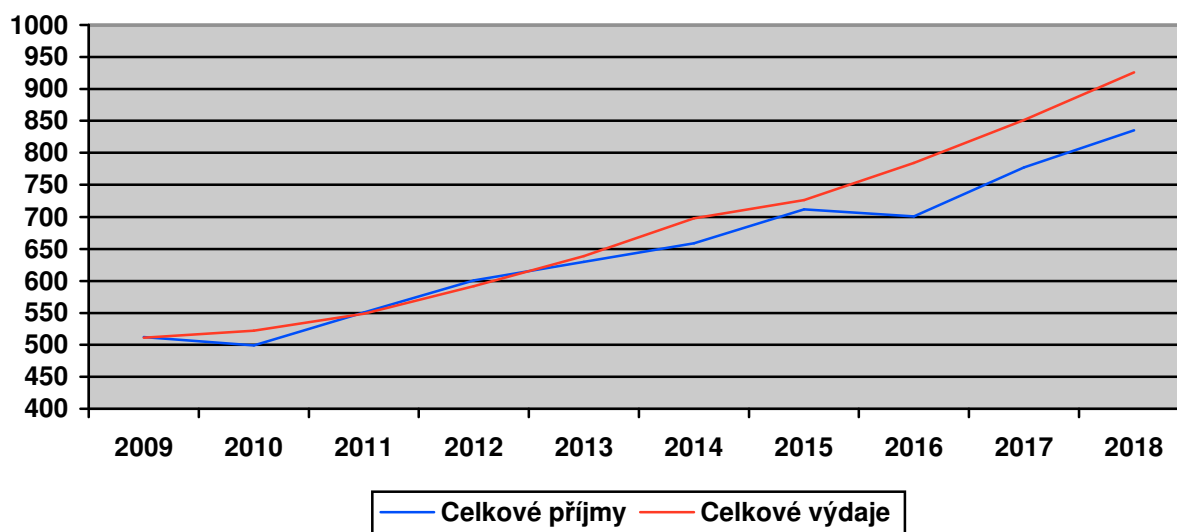
Graf č. 3.2: **Celkové příjmy a výdaje programu Medicare v období 1970–2008**
(v bilionech USD)



Zdroj: 2009 Annual Report of the Boards of Trustees of the Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds [online],
<https://www.cms.gov/ReportsTrustFunds/downloads/tr2009.pdf> [cit. 2011-03-01]

Z grafu lze vidět, že výdaje se rok od roku zvyšují. Zatímco v roce 1970 byly celkové výdaje ve výši 7,5 bilionů USD, v roce 2008 činily již 468,1 bilionů USD. Zatím jsou sice pokryty příjmy (výjimka nastala pouze v roce 1995), ovšem do budoucna se očekává, že výdaje začnou převyšovat příjmy. To dokládá zpráva Centra pro Medicare a Medicaid z roku 2009, která při stávající tendenci odhaduje, že by se výdaje v období 2009 – 2018 měly zvyšovat průměrným ročním tempem 7,1%. Převyšování výdajů nad příjmy ve zmíněném časovém období znázorňuje Graf č. 3.3.

Graf č. 3.3: **Odhad celkových příjmů a výdajů programu Medicare v období 2009–2018**
(v bilionech USD)



Zdroj: *2009 Annual Report of the Boards of Trustees of the Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds [online],*
<https://www.cms.gov/ReportsTrustFunds/downloads/tr2009.pdf> [cit. 2011-03-01]

Zvyšující se náklady jsou zapříčiněny několika faktory:

- růst počtu příjemců,
- zvýšení cen placených za služby, které odrážejí jak vyšší mzdy pracovníků zdravotnictví, tak vyšší ceny za zboží a služby nakupované od poskytovatelů zdravotní péče,
- nárůst průměrného počtu služeb na příjemce,
- průměrné zvýšení komplexnosti služeb.

3.4.2 Medicaid

Federální program Medicaid nesleduje věkové kritérium, jako tomu bylo u Medicare, zaměřuje se spíše na příjmovou hladinu a sociální situaci obyvatel. Snaží se tedy pomáhat příjmově slabším rodinám s dětmi. Medicaid zahrnuje neodkladnou akutní i dlouhodobou péči a některé preventivní služby (např. očkování), prioritou programu je však gynekologie,

prenatální péče¹³, péče o rodičku a pediatrická a dlouhodobá geriatrická péče¹⁴. Program usiloval např. o rozšíření prenatální péče o těhotné ženy z etnických menšin (černošských, portorikánských nebo mexických) a o zlepšení zdraví dětí ze sociálně slabých vrstev prostřednictvím preventivních opatření a zdravotního dohledu. Největší skupinou klientů programu Medicaid jsou právě matky s dětmi. Naopak bezdětné a práce schopné osoby do 65 let (bez ohledu na skutečný příjem či výdaje na zdravotní péči) nejsou do programu zařazeny.

Počet přihlášených osob do programu Medicaid vzrostl od prosince 2008 do prosince 2009 o 8,2%, což je druhé největší rozšíření za posledních 10 let. Enormní nárůst počtu přihlášených byl zaznamenán ve státech Nevada a Wisconsin (okolo 20%). Na konci roku 2009 bylo v programu Medicaid evidováno 48,5 milionů lidí. [4]

Určujícím kritériem pro zařazení do programu je příjem nižší než životní minimum, které je označováno také jako „hranice bídy/chudoby“ (poverty line). Americký statistický úřad udává rozdílné hranice chudoby podle počtu členů domácnosti. Pro jedince činí 10 956 USD ročního výdělku, pro dvě osoby 13 991 USD ročně a pro čtyřčlennou rodinu 21 954 USD ročně. V roce 2008 bylo v USA pod hranicí chudoby 39,8 milionů osob, což je 13,2% populace a znamená zvýšení oproti roku 2007, kdy pod hranicí chudoby bylo 12,5% obyvatel. Podle novější zprávy Amerického statistického úřadu dosáhla míra chudoby v roce 2009 dokonce 14,3% a stala se tak nejvyšší hodnotou od roku 1997. Chudoba podle rasového složení je zachycena v Tabulce č. 3.1, ve které se ukazuje, že chudobou jsou nejvíce zasaženi Afroameričané¹⁵ a v závěsu za nimi Hispánci¹⁶. [9, 10]

¹³ Péče před narozením dítěte

¹⁴ Geriatrie se zabývá problematikou zdravotního a funkčního stavu ve stáří, zvláštnostmi chorob, jejich diagnostikováním a léčením u starých lidí.

¹⁵ Termín Afroameričan zahrnuje nejen černochoy, ale i mulaty s různými poměry ras předků.

¹⁶ Člověk, který má španělské kořeny. Ať už je to rodilý Španěl, nebo osoba z Latinské Ameriky.

Tabulka č. 3.1: **Míra chudoby podle rasového složení obyvatel v roce 2008**

| Rasa | % |
|------------------------------|------|
| Bílí Američané ¹⁷ | 8,6 |
| Asijští Američané | 11,8 |
| Hispanští Američané | 23,2 |
| Afroameričané | 24,7 |

Zdroj: *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2008 [online]*,
<http://www.census.gov/prod/2009pubs/p60-236.pdf> [cit. 2011-03-02]

Tabulka č. 3.2 pro změnu porovnává míru chudoby podle věkového kritéria. Skupinou nejvíce zasaženou chudobou jsou děti do 18 let, 19% z nich žije pod hranicí chudoby. Děti pod 18 let představují 35,3% lidí, kteří žijí v chudobě, ale jen 24,6% celkové populace.

Tabulka č. 3.2: **Míra chudoby podle věku obyvatel v roce 2008**

| Věk | % |
|---------------|------|
| Pod 18 let | 19 |
| 18 – 64 let | 11,7 |
| 65 let a více | 9,7 |

Zdroj: *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2008 [online]*,
<http://www.census.gov/prod/2009pubs/p60-236.pdf> [cit. 2011-03-02]

Medicaid je rovněž pod dohledem federálního úřadu pro Správu financování zdravotní péče (HCFA), ale v každém státě je spravován samostatně a má odlišnou podobu. Jednotlivé státy si samy určují příjmové limity a jiná sociální kritéria pro zařazení osob do programu. Záleží na tom, kolik prostředků spravují a jaké potřeby zdravotní péče populace vykazuje. Na financování programu Medicaid se různou měrou podílí federální vláda (v průměru 57% celkových výdajů), zbytek je hrazen z veřejného rozpočtu státu. V roce 2008

¹⁷ Do této kategorie obyvatel nejsou zahrnuti Hispanští Američané.

byly federální výdaje poskytnuté v rámci programu Medicaid odhadovány ve výši 204 bilionů USD. Hlavním zdrojem financování jsou všeobecné daně (jak daně federální, tak daně jednotlivých států Unie), princip finanční spoluúčasti je využíván jen zřídka. [11]

3.4.3 State Children's Health Insurance Program (SCHIP)

State Children's Health Insurance Program, který je zakotven v Social Security Act z roku 1997, poskytuje zdravotní pojištění dětem (mladším 19ti let) žijícím v rodinách, jejichž příjem je nízký, ale zároveň příliš vysoký na to, aby byly tyto rodiny zařazeny do programu Medicaid. SCHIP je financován federální vládou (65% – 83%) i jednotlivými státy Unie. Federální vláda tedy přispívá větší měrou než je tomu u programu Medicaid. Od svého založení do roku 2006 poskytl Kongres do tohoto programu finanční prostředky ve výši téměř 40 bilionů USD. [12]

Program se může vztahovat na děti žijících v rodinách s příjmem do 200% hranice chudoby stanovené federální vládou nebo 50 procentních bodů nad limitem programu Medicaid. Kritéria způsobilosti se mezi státy liší. V roce 2006 mělo 26 států limit 200% hranice chudoby, 15 států stanovilo hranici větší než 200% a 9 států nižší hranici než 200% úrovně chudoby. Nejnižší limit byl zaznamenán v Severní Dakotě (140% hranice chudoby), nejvyšší naopak v New Jersey (350% hranice chudoby). V roce 2006 bylo v SCHIP zapsáno přibližně 6,6 milionů dětí. Program významně zredukoval počet nepojištěných dětí - z 22,5% v roce 1996 (rok před přijetím programu) na 16,9% v roce 2005. [12]

Autorizace SCHIP vypršela na konci roku 2007. Rozpočet na rok 2008 navrhoval reautorizaci tohoto programu na dalších pět let. Cílem je zachovat stávající limity pro zápis cílové skupiny, avšak s nárůstem výdajů o přibližně 5 bilionů USD během těchto pěti let. V roce 2009 byl přijat The Children's Health Insurance Program Reauthorization Act, díky němuž bude SCHIP financován do konce fiskálního roku 2013. Program bude nadále zajišťovat pojištění pro miliony dětí a státům budou poskytovány patřičné zdroje, aby tohoto cíle mohly úspěšně dosahovat.

3.4.4 Veřejné zdravotní pojištění v České republice

Zatímco v USA existuje několik málo veřejných programů, které jsou určeny pro přesně definované skupiny obyvatel, je český zdravotnický systém založen na povinném veřejném zdravotním pojištění. Českým občanům, kteří nemají vlastní příjem ve formě mzdy za vykonanou práci (např. děti, ženy na mateřské dovolené, důchodci, nezaměstnaní a podobně), je pojistné automaticky hrazeno ze státního rozpočtu. Není tedy možné, aby občan ČR nebyl pojištěn, jako tomu může být u občanů v USA.

Dostí složitý je v USA např. mateřství. Náklady na různá předporodní vyšetření, porod a péče o matku a dítě v šestinedělí totiž není součástí zdravotních pojištěk. Je možné získat připojištění přes svého zaměstnavatele, v případě individuálního pojištění jde o poměrně složitý problém. Trh v jednotlivých státech nabízí jen velmi omezený výběr mateřských produktů, které jsou jednak dost drahé a jednak je nutné začít platit pojistné minimálně měsíc (v případě některých produktů ale i rok) před plánovaným těhotenstvím. Navíc je hrazeno většinou jen 60% nákladů na péči.

Veřejné zdravotní pojištění je v ČR založeno na několika principech:

- solidarita,
- svobodná volba zdravotní pojišťovny,
- svobodná volba lékaře a zdravotnického zařízení,
- vysoký podíl samosprávy,
- dostupnost poskytovaných služeb pro všechny pojištěnce.

3.5 Příjmy lékařů v USA

Zdravotnické profese jsou respektovány ve všech vyspělých zemích světa. Mzdové ohodnocení ve zdravotnictví je nejvyšší právě v USA, kde je hned 12 zdravotnických profesí mezi 30 nejlépe mzdově ohodnocenými profesemi. Podíl zaměstnanosti ve zdravotnickém a sociálním sektoru dosahoval v roce 2008 12,5% z celkové civilní zaměstnanosti (průměr OECD 9,9%). Je zde však poměrně velká diference mezi platy napříč různými obory. Například příjmy rodinných lékařů se výrazně odlišují od příjmů chirurgů či anesteziologů. Právě anesteziologové jsou v průměru nejlépe ohodnocenou lékařskou profesí. Platy lékařů

se příliš neliší při porovnání jejich průměrné úrovně v jednotlivých amerických státech, ale už se mohou výrazněji lišit mezi jednotlivými městy. K městům, kde jsou nejlépe placení lékaři, patří např. Los Angeles v Kalifornii. [13]

Tabulka č. 3.3 : **Průměrná výše ročních mezd podle lékařské profese v roce 2009**

| Lékařská profese | Mzda v USD | Mzda v Kč ¹⁸ |
|------------------|------------|-------------------------|
| Rodinný lékař | 135 327 | 2 638 876 |
| Internista | 143 690 | 2 801 955 |
| Pediatr | 121 726 | 2 373 657 |
| Psychiatr | 157 057 | 3 062 611 |
| Chirurg | 211 842 | 4 130 919 |
| Anesteziolog | 255 241 | 4 977 199 |
| Dentista | 118 582 | 2 312 349 |

Zdroj: *Medical Tribune [online]*, <http://www.tribune.cz/clanek/14295> [cit. 2011-03-04]

Velký vliv na výši platu lékaře v USA mají léta praxe a zkušeností, což znázorňuje Tabulka č. 3.4.

Tabulka č. 3.4: **Průměrná výše mezd podle let praxe v roce 2009**

| Počet let praxe | Mzda v USD | Mzda v Kč ¹⁹ |
|-----------------|------------|-------------------------|
| Méně než 1 rok | 118 469 | 2 310 145 |
| 1 – 4 roky | 138 520 | 2 701 140 |
| 5 – 9 let | 152 329 | 2 970 415 |
| 10 – 19 let | 171 519 | 3 344 620 |
| 20 a více let | 176 045 | 3 432 877 |

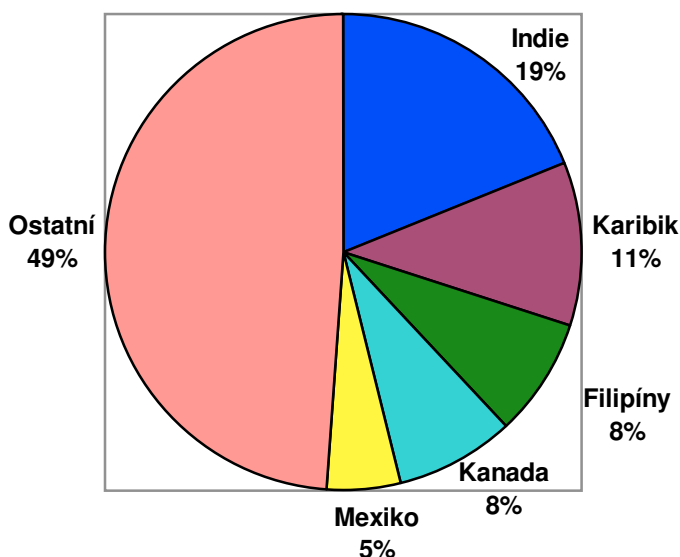
Zdroj: *Medical Tribune [online]*, <http://www.tribune.cz/clanek/14295> [cit. 2011-03-04]

¹⁸ Přepočteno kurzem 19,5 Kč/USD.

¹⁹ Přepočteno kurzem 19,5 Kč/USD.

Vidina vysokých příjmů láká za praxí do USA lékaře z celého světa, včetně Evropy. Podle zprávy vzrostla migrace lékařů za posledních několik let v mnoha zemích OECD. Změny v imigrační politice a rozvoj překlenovacích programů pro uznávání zahraničních kvalifikací přispěly k tomuto nárůstu. Z evropských zemí pracuje v zahraničí nejvíce lékařů z Irska (33,6%) a Velké Británie (31,4%). Spojené státy americké jsou hlavním příjemcem, hostí asi polovinu všech zahraničních lékařů pracujících v zemích OECD. Graf č. 3.4 znázorňuje, že mimo země OECD jsou významné i toky lékařů z velkých rozvíjejících se států, jako je Indie a Filipíny. [13]

Graf č. 3.4: Podíl zahraničních lékařů v USA v roce 2006



Zdroj: *Health at a Glance 2009* [online],
<http://www.oecd.org/dataoecd/55/2/44117530.pdf> [cit. 2011-03-04]

3.5.1 Příjmy lékařů v České republice

Pro srovnání, podle Českého statistického úřadu činil v roce 2009 v České republice průměrný plat lékaře 47 859 Kč za měsíc (574 308 Kč/rok), což není ani polovina ročního platu lékaře pracujícího ve Spojených státech amerických. Česká republika spolu se Slovenskem, Polskem a Maďarskem však patří mezi země s nejnižším mzdovým ohodnocením lékařů. Z evropských zemí jsou nejvyšší příjmy lékařů oproti průměrné mzdě v dané zemi v Belgii a Nizozemí.

Zatímco USA vykazuje velký příliv kvalifikovaných lékařů, Česká republika má opačný problém. Čeští lékaři hledají pracovní uplatnění jinde, zejména v zemích západní Evropy. Existuje několik příčin odchodu lékařů z ČR:

- nízký příjem, stagnace platů (finanční odměna neodpovídá náročnosti práce),
- nadměrná pracovní zátěž (nedodržování EWTD²⁰ a novela Zákoníku práce²¹),
- existenční nejistota (privatizace nemocnic),
- usnadnění migrace po vstupu do EU.

Ve vyspělých státech roste počet lékařů, jejich potřebu zvyšuje stárnutí populace a intenzivnější medicína. Nepsaným pravidlem je, že do USA proudí nejvíce lékařů ze západní Evropy. Lékaři z východní Evropy odcházejí zase do Evropy západní. A kdo přijde k nám? Tato otázka může u někoho z nás vyvolat nemalé obavy.

²⁰ Evropská direktiva upravující pracovní dobu

²¹ Od 1. 10. 2008 byl vložen do Zákoníku práce zcela nový § 93 a), který zavádí pro potřeby zdravotnictví pojem "další dohodnutá práce přesčas". Další dohodnutá práce přesčas umožňuje oficiálně odpracovat ve zdravotnictví více přesčasových hodin než je tomu v ostatních oborech.

4. Zhodnocení vlivu plánované reformy na budoucí vývoj amerického zdravotnictví

Zdravotní systémy v rozvinutých zemích se snaží vyrovnat se především s otázkou finanční udržitelnosti dlouhodobě ohrožené stárnutím obyvatelstva a krátkodobě rozpočtovou situací řady států po proběhlé finanční krizi a zpomalení ekonomického růstu. Zdravotnictví v USA musí řešit stejné problémy, navíc ale ještě pro významnou část občanů otázku rozsahu pojistného krytí, tedy dostupnosti zdravotní péče a ochrany před neúnosnými náklady v případě nemoci.

4.1 Důvody pro vznik reformy

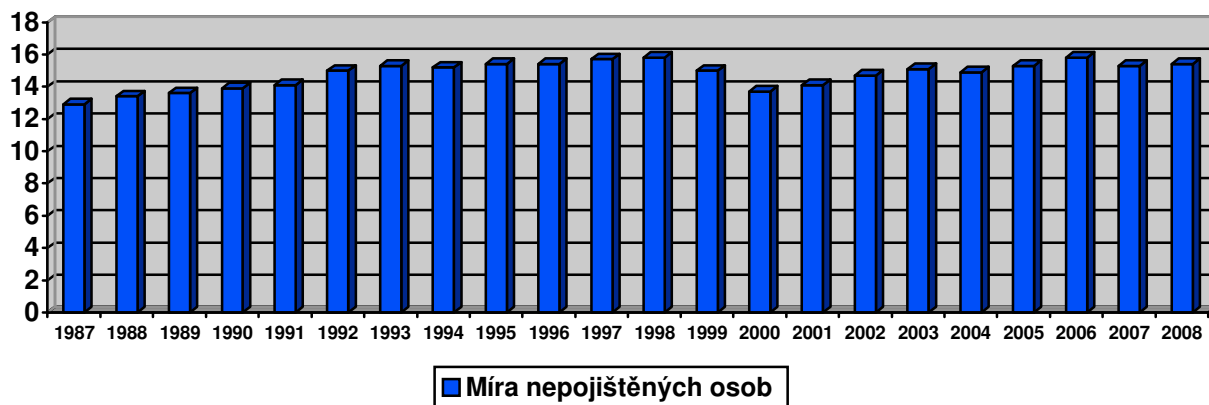
Americký systém zdravotního pojištění je unikát. Může se pochlubit značnými úspěchy v rámci lékařských objevů, nejlepšími světovými lékaři a odborníky a pacientům jsou k dispozici nejlépe vybavené kliniky. Na druhou stranu se americké zdravotnictví potýká s mnoha problémy, které se staly předmětem debat a které vyvolaly nutnost reformy zdravotnictví USA.

4.1.1 Problematika nepojištěné a nedostatečně pojištěné populace

Nepojištěná populace v USA je vážným argumentem kritiky amerického (tržního) zdravotnictví. Velkým problémem amerického zdravotnictví jsou také nedostatečně pojištění občané, tedy lidé, jejichž pojistka nepředstavuje dostatečnou ochranu v případě některých vážných nebo dlouhodobých nemocí (buď jsou některé diagnózy z pojistky vyňaty, nebo je omezena výše plnění ze strany pojišťovny).

Počet nepojištěných osob činil v roce 2008 46,3 milionů, což představuje 15,4%. Jak ukazuje Graf č. 4.1, míra nepojištěných osob se pozvolna zvyšuje, nejnižší míra (12,9%) byla zaznamenána v roce 1987, nejvyšší naopak v roce 1998 a v roce 2007 (shodně 15,8%). Míra nepojištěných osob v roce 2008 je sice nepatrně nižší, stále však představuje obrovskou hodnotu, především v očích solidární Evropy.

Graf č. 4.1: Míra nepojištěných osob v období let 1987-2008



Zdroj: *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2008* [online],
<http://www.census.gov/prod/2009pubs/p60-236.pdf> [cit. 2011-03-14]

Pokud je zkoumána míra nepojištěných lidí podle rasového složení (Tabulka č. 4.1), je patrné, že největší podíl nepojištěných osob tvoří Hispánci (30,7%). Naopak Bílí Američané jsou skupinou s největším podílem zdravotně pojištěných osob.

Tabulka č. 4.1: Míra nepojištěných osob podle rasového složení v roce 2008

| Rasa | % |
|------------------------------|------|
| Bílí Američané ²² | 10,8 |
| Asijští Američané | 17,6 |
| Hispánští Američané | 30,7 |
| Afroameričané | 19,1 |

Zdroj: *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2008* [online],
<http://www.census.gov/prod/2009pubs/p60-236.pdf> [cit. 2011-03-14]

Zajímavé je také srovnání podle věkového hlediska obyvatel. Tabulka č. 4.2 ukazuje, že zdravotní pojištění schází nejvíce lidem ve věku 18 – 34 let. Bohužel ani u dětí pod 18 let

²² Do této kategorie obyvatel nejsou zahrnuti Hispánští Američané.

není míra nepojištěných zanedbatelná. Skupina lidí nad 65 let naopak vykazuje nízkou míru nepojištěných. Důvodem je zařazení těchto občanů do federálního programu Medicare.

Tabulka č. 4.2: **Míra nepojištěných osob podle věkového složení v roce 2008**

| Věk | % |
|---------------|------|
| Pod 18 let | 9,9 |
| 18 – 24 let | 28,6 |
| 25 – 34 let | 26,5 |
| 35 – 44 let | 19,4 |
| 45 – 64 let | 14,4 |
| 65 a více let | 1,7 |

Zdroj: *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2008*[online],
<http://www.census.gov/prod/2009pubs/p60-236.pdf> [cit. 2011-03-14]

Lidé se stávají nepojištěnými ze tří hlavních důvodů:

- v podstatě dobrovolné rozhodnutí se nepojistit (týká se hlavně mladých a zdravých lidí, kterým pojistka přijde příliš drahá a raději své peníze vynaloží na něco jiného),
- nedostatek finančních prostředků některých obyvatel, kterým pojistku nezaplatí ani zaměstnavatel (malí zaměstnavatelé na rozdíl od velkých většinou svým zaměstnancům zdravotní pojištění neplatí),
- tzv. pre-existing conditions (dlouhodobá onemocnění nebo významná zdravotní rizika, která individuální pojistku zásadně prodrazí).

Pokud je zdravotní pojištění vázáno na zaměstnavatele, mohou se v této situaci také snadno ocitnout nemocní lidé, kteří ztratí práci. Všechny tyto důvody se mohou kombinovat a tak je nepojištěnost rozšířená zejména mezi národnostními menšinami, málo vydělávajícími zaměstnanci menších firem a nezaměstnanými.

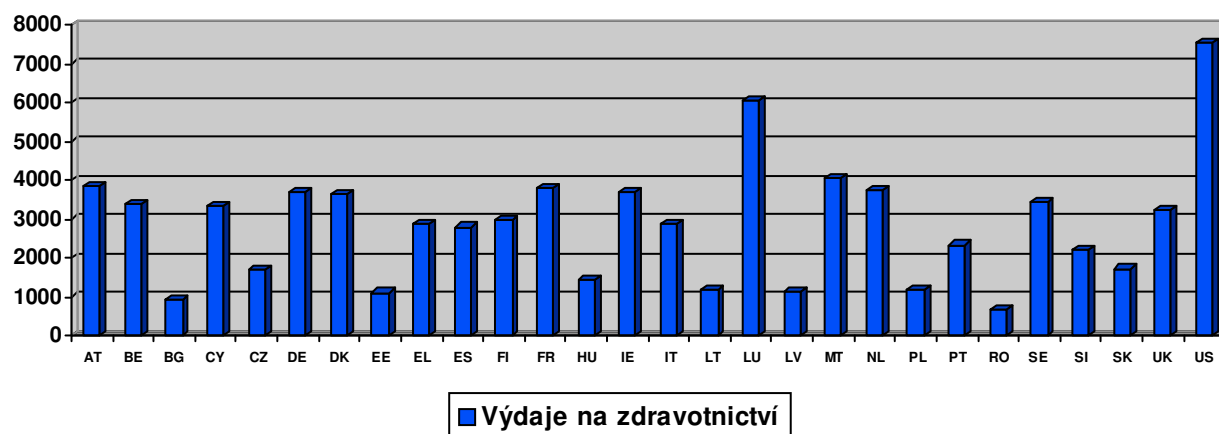
Dostupnost zdravotní péče pro nepojištěné

Nepojištění mají významně horší přístup k péči, zejména v případě chronických onemocnění, ale také preventivních výkonů. I když je člověk nepojištěný, neznamená to však, že je zcela odříznut od zdravotní péče. Existuje totiž povinnost poskytovatelů zdravotní péče postarat se o člověka s akutním problémem. Nemocnice pak ale účtují více právě pojištěným osobám, aby si vydělaly i na péči o nepojištěné a tím zvyšují ceny pojistek, zejména pro malé firmy s nevýznamnou vyjednávací silou. Tím uzavírají bludný kruh drahých individuálních pojistek a nepojištěných. V USA působí také řada charitativních a pomocných iniciativ a organizací, ty ovšem mají také své provozní náklady. Drahá je i samotná péče poskytnutá nepojištěným občanům, chybí prevence a pravidelné sledování, které by mohlo zabránit zhoršení zdravotního stavu ještě před přijetím do nemocnice.

4.1.2 Vysoké náklady na zdravotnictví

Další problémovou oblastí amerického zdravotnictví je přílišná nákladnost. Spojené státy utrácí za zdravotnictví nejvíce na světě, a to jak z pohledu procenta z HDP, tak při přepočtu na hlavu. Z Grafu č. 4.2 lze vysledovat, že žádná ze zemí EU nemá náklady na zdravotnictví na obyvatele vyšší než Spojené státy. Na jednoho obyvatele připadá 7 536 USD. Ze zemí EU je na vedoucí příčce Lucembursko (6 047 USD na obyvatele). Naopak nejnižší finanční příděl připadá pro jednoho obyvatele v Rumunsku (665 USD). Výdaje České republiky na jednoho obyvatele činí 1 684 USD, čímž se řadí mezi státy s nižšími výdaji na zdravotnictví.

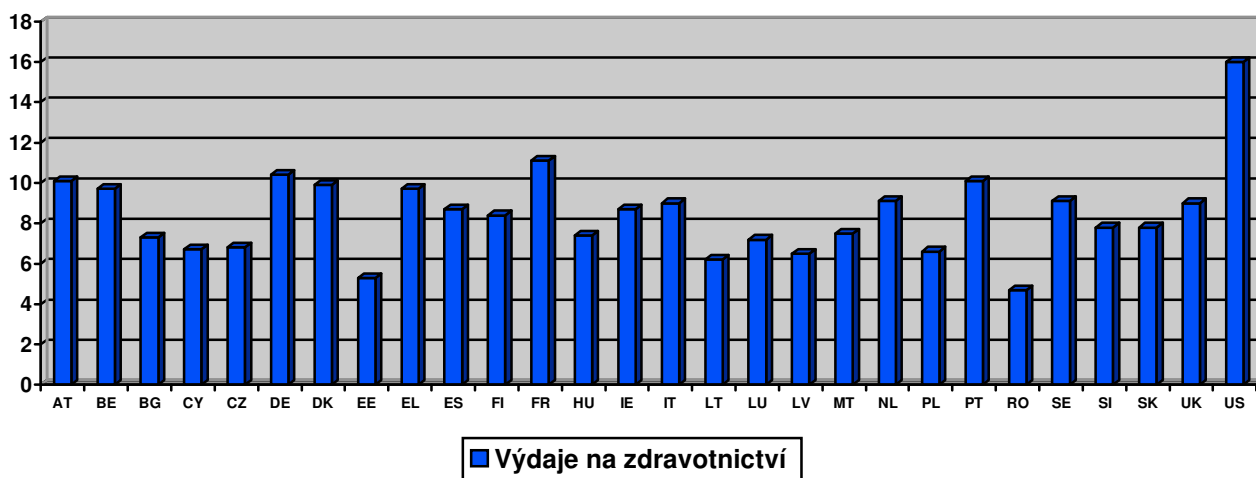
Graf č. 4.2: Výdaje na zdravotnictví na obyvatele v paritě kupní síly v roce 2008 (USD)



Zdroj: World Health Organization, Světové zdravotnické statistiky [online],
<http://apps.who.int/ghodata/> [cit. 2011-03-15]

Důležitým ukazatelem pro zjištění výdajů zemí na zdravotnictví je i procento z HDP. Zde jsou lídrem opět Spojené státy americké, jejichž náklady na zdravotnictví dosahují 16% z HDP. Ze zemí EU vynakládá nejvyšší procento z HDP Francie (11,1%), nejméně opět Rumunsko (4,7%). Nízkých hodnot dosahuje i Česká republika (6,8%), což není ani polovina toho, co do zdravotnictví investují USA. Pozice jednotlivých států ve výdajích na zdravotnictví ukazuje Graf č. 4.3.

Graf č. 4.3: Výdaje na zdravotnictví jako podíl na HDP v roce 2008 (%)



Zdroj: World Health Organization, Světové zdravotnické statistiky [online],
<http://apps.who.int/ghodata/> [cit. 2011-03-14]

Další nárůst výdajů se očekává v souvislosti se stárnutím obyvatelstva, zejména probíhajícím odchodem silné poválečné generace do důchodu. Vysoké náklady amerického zdravotnictví negativně ovlivňují státní rozpočet. Také výdaje na Medicaid a Medicare významně přispívají k nárůstu státního dluhu a výdaje zaměstnavatelů zase zvyšují náklady na pracovní sílu a činí tak americké zaměstnavatele méně konkurenceschopnými. Reforma by tedy měla nejen rozšířit přístup ke zdravotní péči, ale také snížit nárůst nákladů.

4.2 Průběh přijímání reformy

Když se Barack Obama stal v roce 2009 prezidentem Spojených států amerických, představil jako jednu z klíčových otázek své politiky reformu zdravotnictví. Ta se v USA stala předmětem bouřlivých debat. Mnozí Obamu chválili, že řeší dlouholetý problém a jiní, především republikáni, reformu zatracovali jako příliš nákladnou a neefektivní. V říjnu roku 2009 vystoupil Barack Obama v Kongresu²³, aby vysvětlil podstatu reformy, o měsíc později reformu schválila Sněmovna reprezentantů. Pro zákon hlasovalo 220 kongresmanů (nezbytných bylo 218), 215 jich bylo proti. 24. prosince 2009 byl zákon přijat i Senátem. 23. února 2010 předložil prezident vlastní verzi návrhu zákona, což je zjednodušená a dopracovaná verze dvou jiných návrhů zákona, již dříve schválených oběma komorami Kongresu. Kongres toto znění reformy schválil a prezident ho podepsal.

Nová legislativa v oblasti zdravotní péče je tvořena Zákonem o ochraně pacientů a dostupné zdravotní péči (the Patient Protection and Affordable Care Act) a také Zákonem o zdravotní péči a vzdělávání (the Health Care and Education Reconciliation Act).

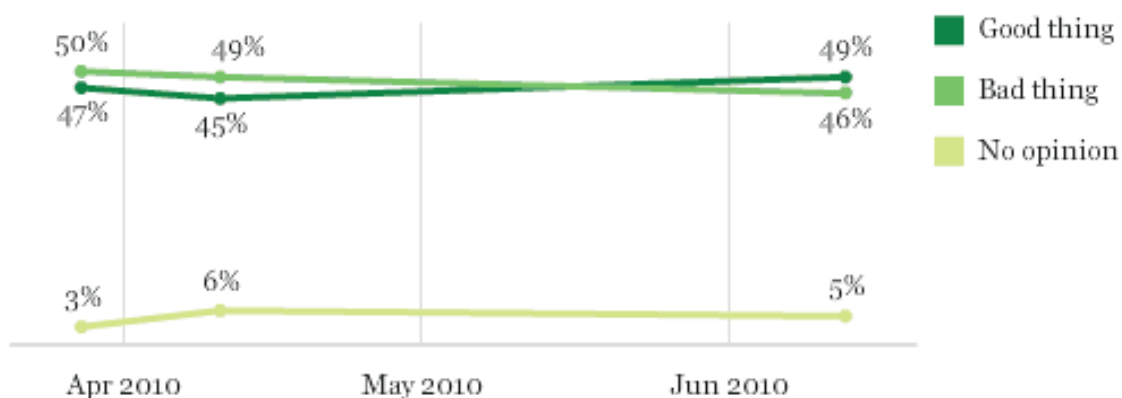
Několik minut po Obamově podpisu však 14 amerických států napadlo reformu u soudu. Žaloby se domáhaly uznání neplatnosti zákona z důvodu neústavnosti. Soud ve Virginii prohlásil část reformy za protiústavní. Podle soudce překročili kongresmani svoje kompetence, neboť stanovili, že ten kdo novou pojistku odmítne, bude pokutován, což je proti svobodné volbě občanů. Další komplikace pro plánovanou reformu nastala 20. ledna tohoto roku, kdy Sněmovna reprezentantů, jejímž předsedou se 5. ledna 2011 stal republikánský politik John Boehner, odmítla návrhem zákona již přijatou Obamovu reformu zdravotnictví

²³ Kongres zastává v USA zákonodárnou moc. Má dvě komory: Sněmovnu reprezentantů a Senát. Aby došlo k přijetí nového zákona, je třeba souhlasu obou těchto komor.

z důvodu obav neúměrného zvýšení zadlužení země. Tento návrh zákona bude předán do Senátu.

Velmi důležité je také hodnocení plánované reformy zdravotnictví širokou veřejností, které je zachyceno v Grafu č. 4.4., a to v průběhu měsíců duben, květen a červen roku 2010. Zatímco v dubnu převažoval názor, že reforma je špatná a nepotřebná (49% amerických občanů), v polovině května se hodnoty pro a proti reformě vyrovnávají a v červnu ji už za dobrý první krok považuje 49% Američanů (oproti 45% v měsíci dubnu), proti je 46% občanů. Z grafu lze tedy vyvodit závěr, že reforma se dostává pozitivně do podvědomí americké populace, nicméně rozdíl mezi sledovanými hodnotami je zatím dosti nepatrný a značná část obyvatel jí zatím zcela nedůvěřuje.

Graf č.: Veřejné mínění o plánované reformě zdravotnictví



Zdroj: Gallup, *Verdict on Healthcare Reform Bill Still Dividend* [online],
<http://www.gallup.com/poll/140981/verdict-healthcare-reform-bill-divided.aspx>
[cit. 2011-03-21]

4.3 Cíl reformy

Přesvědčením amerického prezidenta Baracka Obamy je to, že by jeho reforma měla zajistit dostupnější zdravotní péči, učinit pojišťovny odpovědnějšími, dále by měla rozšířit pokrytí pojištěním na všechny Američany a v neposlední řadě by se měl zdravotní systém stát udržitelným.

4.3.1 Hlavní priority

Původně chtěl prezident Barac Obama vytvořit federální zdravotní pojišťovnu, která by fungovala vedle pojišťoven komerčních a která by zajišťovala pojištění především pro nemajetné. Později přistoupil na kompromisní verzi reformy, kterou odhlasoval Senát. Podle ní by ve Spojených státech neměla existovat federální (vládní) pojišťovna, ale platila by všeobecná pojišťovací povinnost. To znamená, že každý by měl být pojištěn a pojišťovna by žádného klienta neměla odmítnout. Od roku 2014 má být pro ty, kteří nebudou mít pojištění, uvalena pokuta 695 dolarů. To je asi 12 500 korun²⁴.

Návrh Baracka Obamy se opírá o tři hlavní priority:

- zákaz pojišťovnám odmítat proplácet péči a účtovat si za ni neodůvodněně vysoké částky (reforma by měla pojišťovnám zakázat praxi, v rámci níž dosud mohly odmítnout pojistit klienty s již existujícími zdravotními potížemi),
- vytvoření zvláštní burzy, na níž by pojišťovny zveřejňovaly své nabídky (Američané by si tak mohli zajistit pojištění levněji než nyní a pokud by ani v takovém případě na pojištění nedosáhli, získali by na jeho pořízení daňovou úlevu),
- snížení celkových nákladů na zdravotnictví.

Nově přijaté zákony by měly vést k:

- povinnosti pro téměř všechny obyvatele Spojených států uzavřít si zdravotní pojištění,
- vytvoření tzv. „health insurance eXchanges“ (HIX) – souboru státem regulovaných standardizovaných plánů péče o zdraví, prostřednictvím kterých mohou někteří jednotlivci a rodiny získat federální dotaci, která by podstatně snížila jejich náklady na zajištění zdravotního pojištění,
- výraznému rozšíření způsobilosti pro vstup do Medicaid a k trvalému snížení růstu sazeb pro většinu služeb v rámci tohoto programu,
- uložení nepřímé daně na plány zdravotního pojištění s poměrně vysokým pojistným,
- zavedení daně pro jednotlivce a rodiny s relativně vysokým příjmem,
- provedení několika změn ve federálním daňovém sazebníku, v Medicare, Medicaid a dalších programech.

²⁴ Přepočteno kurzem 18Kč/USD.

Zákon o dostupné zdravotní péči nebude zaveden celý najednou. Části zákona už vstoupily v platnost jako ustanovení, která zavádějí nový soupis práv pacienta (Patient's Bill of Rights), který skoncoval s některými nejhoršími praktikami pojišťovacích společností.

Před reformou byli pacienti s rakovinou a jedinci trpícími dalšími vážnými a chronickými chorobami často nuceni omezit léčbu nebo se obejít bez léčby kvůli „životnímu limitu“ pojišťovny na jejich rozsah úhrady. Pojišťovací společnosti už nemohou dát životní limit na částku krytí, kterou obdrží přihlášené osoby, takže rodiny mohou žít s bezpečným vědomím, že jejich pojistné krytí tu bude, když ho budou nejvíc potřebovat. Z tohoto nařízení bude mít užitek až 20 400 osob, pro které je příznačné, že dosahují svých životních limitů. A dále téměř 102 miliony zákazníků, kteří už nebudou mít ve své pojistné smlouvě životní limit vůbec.

Před reformou mohly pojišťovny kvůli obyčejné chybě v žádosti pacientů zrušit jejich krytí, když byli nemocní a nejvíce ho potřebovali. Podle reformy bude tato praxe zakázána. Přibližně 10 700 lidí nechalo každý rok své krytí klesnout, protože onemocněli nebo udělali ve své žádosti neúmyslnou chybu.

Před reformou bylo každý rok desetitisícům rodin odmítnuto pojištění jejich dětí kvůli nějaké nemoci nebo dřívějšímu zdravotnímu stavu. Nové předpisy zabrání pojišťovnám v odmítání pojistného krytí dětem mladším 19 let právě kvůli dřívějšímu stavu. Díky tomuto ustanovení bude až 72 000 nepojištěným dětem rozšířeno pojistné krytí zdravotní péče a až 90 000 dětí už nebudou nehrazeny určité příspěvky kvůli dřívějšímu stavu. [23]

4.3.2 Strategické cíle

Ministerstvo zdravotnictví a sociálních služeb (U.S. Department of health & human services – HSS) vydalo pro období 2010-2015 Strategický plán, jehož důležitým bodem je přeměna systému zdravotní péče.

Cíl 1. Učinit pojištění více jistějším pro ty, kteří pojištění již mají a rozšířit ho i pro osoby nepojištěné

Jak již bylo napsáno v kapitole 4.1.1, trápí Spojené státy americké vysoký počet nepojištěných občanů. Navíc některé osoby, které sice pojištěny jsou, dělí jen malý „krůček“ od ztráty zdravotního pojištění z důvodu změny v zaměstnání. Jedinci se zdravotním pojištěním čelí vysokému pojistnému a vysokým nákladům na zdravotní péči.

The Affordable Care Act by měl představovat úlevu od prudce rostoucích nákladů na zdravotní pojištění a zajistit Američanům bezpečné, stabilní a dostupné zdravotní pojištění. Již od roku 2010 americké Ministerstvo zdravotnictví a sociálních služeb implementuje nové předpisy ovlivňující zdravotní pojišťovny na trhu s cílem zvýšit ochranu spotřebitelů a vytvářet více konkurenční trh pojištění. Zvýšený dohled v pojišťovnictví pomůže zajistit, aby se občanům opravdu dostalo toho, za co zaplatí a měl by také zabezpečit systém zdravotní péče, který bude lépe reagovat na potřeby pacientů, poskytovatelů zdravotní péče a dalších zúčastněných stran.

Reforma zdravotního pojištění vytváří již dříve vysvětlené. „health insurance eXchanges“, které zvýší jednotlivcům a malým podnikům kupní sílu a konkurenci na pojistném trhu. Zvýšení kupní síly a hospodářské soutěže bude znamenat cenově dostupnější pojistné. „Health insurance eXchanges“ také sníží administrativní náklady jednotlivcům a malým firmám, kterým tak bude umožněno více přímých srovnání cen, příspěvků a kvality jednotlivých zdravotních plánů.

Zákon taktéž zakládá webový portál, jehož prostřednictvím mohou jednotlivci a malé podniky získat informace o možnostech pojištění. Jsou jim k dispozici v jednotlivých státech. Portál umožňuje spotřebitelům lépe se orientovat na trhu soukromého pojištění a také jim pomáhá zjistit, zda jsou způsobilí pro řadu stávajících veřejných programů.

Strategie k dosažení cíle:

- zvýšení počtu mladých osob do 26 let, kteří jsou pojištěni v závislosti na svých rodičích v rámci zaměstnaneckého pojištění,
- rozšíření pojištění v rámci Medicaid ve skupině nízko-příjmových občanů,

- snížení cen předepisovaných léků pro pacienty programu Medicare (část D),
- zákaz pojišťovnam odmítnout pojistit občany, když onemocní,
- požadavek na pojišťovny, aby vynakládaly vybrané pojistné především na zdravotní péči, nikoli na zisky,
- zavedení podpůrných programů v každém státě s cílem pomoci spotřebitelům při řešení problémů a při rozhodování o pojištění.

Tabulka č. 4.3: **Kvantifikované cíle pro rok 2015 (strategický cíl 1)**

| Učinit pojištění více jistějším pro ty, kteří pojištění již mají a rozšířit ho i pro osoby nepojištěné | Současný stav (poslední dostupná data) | Cílová hodnota v roce 2015 |
|--|---|-------------------------------|
| Zvýšení podílu legálních rezidentů do 65 let na zdravotním pojištění | 84% (2008) | 93% |
| Zvýšení počtu mladých osob ve věku 19-25 let, kteří jsou pojištěni v rámci zaměstnaneckého pojištění svých rodičů | 6,8 milionů (2008) | 7,9 milionů |
| Snížení průměrné finanční spoluúčasti na cenách předepisovaných léků v Medicare části D, pokud se příjemce dostane do platební neschopnosti a nemá uzavřeno žádné dodatečné pojištění. | 100% (2010) | 48% |

Zdroj: *Strategic plan, fiscal years 2010 – 2015 [online],*

<http://www.hhs.gov/secretary/about/priorities/strategicplan2010-2015.pdf> [cit. 2011-03-31]

Cíl 2. Zlepšit kvalitu zdravotní péče a bezpečnosti pacientů

Inovativní léčba a technologie jsou pro zdravotní péči ve Spojených státech zásadní. Nicméně i zde existují četné příležitosti pro zlepšení, která by mohla mít významný dopad na zdraví amerického lidu. Rozdíl mezi nejlepší možnou péčí a péčí, která je běžně poskytována je značný. I přes mírné zlepšení kvality péče je tempo pomalé, zejména pro preventivní péči a chronická onemocnění. Zvláště znepokojivý je i nadále pomalý pokrok v oblasti bezpečnosti pacientů, stejně jako přetrvávající geografické rozdíly v kvalitě poskytované péče. Rozdíl v péči je markantní také mezi pojištěnými a nepojištěnými osobami. Nepojištěným pacientům je logicky poskytována podstatně nižší kvalita péče než osobám pojištěným.

Ministerstvo zdravotnictví a sociálních služeb se zavázalo ke zlepšení kvality zdravotní péče a bezpečnosti pacientů pro všechny Američany prostřednictvím jednotlivých organizací. Např. Food Drug Administration (FDA) chrání zdraví národa zajištěním bezpečnosti a účinnosti humánních a veterinárních léčiv, vakcín a jiných biologických přípravků a zdravotnických prostředků. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) má za úkol bezpečné používání metadonu²⁵ pro léčbu závislostí. Indian Health Service (IHS) zase zlepšuje kvalitu a přístup ke zdravotní péči Indiánům a obyvatelům Aljašky prostřednictvím nejrůznějších zdravotních programů a školení.

V současné době je transformován i Content Management System (CMS) – agentura, která pozitivně podporuje kvalitu péče pro své příjemce. Zahrnuje např. rozvoj lékařů, systém předkládání zpráv o kvalitě nemocniční péče nebo rozvoj iniciativ s pečovatelskou službou. Kromě toho také American Society for Psychical Research (ASPR) pracuje na zlepšení zdravotnického systému, aby byl schopen zajistit rovný přístup k bezpečné a kvalitní péči. Spolu s Office for Civil Rights (OCR) prosazuje práva občanů, především se snaží zabránit diskriminaci při poskytování zdravotní péče na základě národnostního původu, barvy pleti, zdravotního postižení, věku, pohlaví či náboženství.

Strategie k dosažení cíle:

- implementace reform, které zajistí odměňování kvalitně poskytnuté péče a práci lékařů a odborníků,
- usilování o zlepšení kvality napříč veřejným a soukromým sektorem,
- zdokonalení zdravotnických výrobků a doзору nad bezpečností pacientů,
- zvýšení kvality a bezpečnosti zdravotní péče prostřednictvím Organizace pro bezpečnost pacientů (Patient Safety Organization).

²⁵ Metadon je relativně jednoduchá syntetická sloučenina, která má podobné účinky jako přírodní opiáty. Patří do skupiny předepisovaných léků.

Tabulka č. 4.4: **Kvantifikované cíle pro rok 2015 (strategický cíl 2)**

| Zlepšit kvalitu zdravotní péče a bezpečnosti pacientů | Současný stav (poslední dostupná data) | Cílová hodnota v roce 2015 |
|---|---|-------------------------------|
| Zvýšení počtu organizací na ochranu pacientů (Patient Safety Organizations – PSOs) | 75 (2009) | 85 |
| Větší podpora a ochrana klientů programu Medicare, kteří trpí ledvinovými, cévními a srdečními chorobami. | 54% (2009) | 62% |
| Zvýšení počtu nemocnic a dalších vybraných zdravotnických zařízení v rámci Národní zdravotní sítě pro bezpečnost (National Health Safety Network-NHSN) | 2 619 (2010) | 31 000 |

Zdroj: *Strategic plan, fiscal years 2010 – 2015 [online]*,
<http://www.hhs.gov/secretary/about/priorities/strategicplan2010-2015.pdf> [cit. 2011-03-31]

Cíl 3. Zdůraznit primární a preventivní zdravotní péči na komunitní úrovni

Zvýšení důrazu na služby primární péče a více efektivním opatřením v oblasti veřejného zdraví jsou rozhodujícím faktorem pro zajištění přístupu jednotlivců k vysoce kvalitním službám v místě a čase, který nejlépe vyhovuje jejich potřebám. Je důležité, aby občané byli informováni o stávajících komunitních službách podporujících zdraví, jako jsou nejrůznější programy, vzdělávací kurzy či školení.

Zákon o dostupné zdravotní péči více podporuje oblast primární péče a klade větší důraz na prevenci. Část tohoto úsilí zaměřuje Ministerstvo na vytvoření klíčových vazeb mezi systémem zdravotní péče a efektivními preventivními službami na úrovni komunity, které podporují zdravý život.

Programy organizací Health Resources and Services Administration a Substance Abuse and Mental Health Services Administration se zaměřují na poskytování zdravotní péče pro miliony Američanů, včetně zranitelných a zaostalých zemí v některých částech USA. Content Management System zase organizuje programy poskytující platby za doporučené preventivní služby veřejných programů Medicare, Medicaid, a SCHIP. Největší změna

v rámci reformy je spatřována v tom, že již není nejdůležitější to, jak poskytovat zdravotní péči, ale kdy ji poskytnout, tedy důraz na prevenci.

Strategie k dosažení cíle:

- zvýšení důrazu na poskytování preventivních služeb zdravotními středisky,
- odstranění finančních překážek v přístupu k doporučeným preventivním zdravotním službám prostřednictvím zdravotního pojištění, které pokrývá tyto služby bez výdajů pacienta,
- prosazování brzkého vstupu do primární péče, souvisejícího vzdělávání a dalších koordinovaných služeb pro těhotné ženy a novorozence,
- podpora duševního zdraví lidí vytvořením zařízení zaměřených na prevenci a snížení duševních nemocí a užívání návykových látek,
- podpora komunikace a koordinace mezi veřejnými zdravotnickými pracovníky a klinickými lékaři z důvodu lepšího využití preventivních strategií pro řešení rizikových faktorů,
- zřizování a provozování programů k identifikaci, vyhodnocení, šíření a podpoře efektivních klinických preventivních služeb,
- zajištění snazšího přístupu ke komplexní primární a preventivní péči a specializovaným službám tím, že se rozšíří počet zdravotnických zařízení pro děti, mládež i dospělé.

Tabulka č. 4.5: **Kvantifikované cíle pro rok 2015 (strategický cíl 3)**

| Zdůraznit primární a preventivní zdravotní péči na komunitní úrovni | Současný stav (poslední dostupná data) | Cílová hodnota v roce 2015 |
|--|---|-------------------------------|
| Nárůst procenta soukromě pojištěných dětí ve věku 10-17 let, u kterých proběhla zdravotní prohlídka v posledních 12 měsících | 71,4% (2008) | 75% |
| Růst preventivních prohlídek pro zjištění karcinomu soukromě pojištěných osob ve věku 50-64 let | 64,7% (2010) | 70% |
| Navýšení preventivních prohlídek pro zjištění karcinomu účastníků zapsaných v programu Medicare (50-75 let) | 63,8% (2007) | 70% |
| Zvýšení procenta těhotných žen, které dostávají prenatální péči v prvním trimestru | 69% (2006) | 72% |

Zdroj: *Strategic plan, fiscal years 2010 – 2015 [online],*

<http://www.hhs.gov/secretary/about/priorities/strategicplan2010-2015.pdf> [cit. 2011-03-31]

Cíl 4. Snížit růst nákladů na zdravotní péči, která však bude kvalitní a efektivní

Náklady na zdravotní péči konzumují významnou část národních zdrojů, což se projevuje v rodinách a domácnostech, firmách i ve vládním rozpočtu. Rostoucí pojistné negativně působí na konkurenceschopnost amerických firem a pracovníků. Náklady na zdravotní péči zaujímají stále rostoucí podíl federálního a státního rozpočtu a ohrožují tak vládní dlouhodobý fiskální rámec. Příčiny neefektivnosti, které vedou k nárůstu nákladů, jsou spatřovány především v systému plateb, které se zaměřují spíše na vstupy, jež mají vysoké administrativní náklady namísto prevence a výsledků.

Nový zákon slibuje snížení nákladů pro rodiny a firmy. Vláda přichází s balíčkem opatření, která mají zajistit snížení nákladů na zdravotní péči. V rámci realizace reformy zdravotnictví by se měly snižovat náklady pro americké rodiny a jednotlivce prostřednictvím reformy na trhu pojištění, které zajistí dostupnost preventivní péče pro všechny Američany. Tyto reformy také nastaví limity toho, co mohou pojišťovny vyžadovat po svých spotřebitelích za poskytnutou péči. Také program Medicare bude transformován – ze systému, který vychází z objemu služeb, na systém s účinnou a efektivní péčí. Bude usilováno o posílení integrity v programech Medicare a Medicaid a podporováno přijímání a smysluplné

využívání technologií zdravotnických informací v celém systému zdravotní péče. To by mělo přispět ke snížení nárůstu nákladů na zdravotní péči.

Strategie k dosažení cíle:

- opatření, nástroje a evidence poskytovatelů zdravotní péče, pojišťoven, odběratelů a politiků potřebných ke zlepšení kvality a dostupnosti zdravotní péče a snížení rozdílů v nákladech a kvalitě mezi různými skupinami obyvatelstva a regiony,
- rozvoj a šíření dat a údajů potřebných k informování vlády a ke zlepšení efektivity a kvality zdravotní péče,
- vytvoření nových modelů péče, včetně mechanismů předávání zdravotní péče a způsobu plateb v součinnosti s kvalitním zdravotnickým systémem a efektivními cíli,
- reforma platebního systému programů Medicare a Medicaid, aby byla odměňována kvalita služeb namísto objemu služeb.

Tabulka č. 4.6: **Kvantifikované cíle pro rok 2015 (strategický cíl 4)**

| Snížit růst nákladů na zdravotní péči, která však bude kvalitní a efektivní | Současný stav (poslední dostupná data) | Cílová hodnota v roce 2015 |
|--|--|--|
| Snížení příjímácích sazeb nemocnic pro klienty programu Medicare | - | Snížení všech nemocničních příjímácích sazeb o 5% v letech od 2012 do 2015 |

Zdroj: *Strategic plan, fiscal years 2010 – 2015 [online],*

<http://www.hhs.gov/secretary/about/priorities/strategicplan2010-2015.pdf> [cit. 2011-03-31]

Cíl 5. Zajistit přístup ke kvalitní, kulturně odpovídající péči ohroženým skupinám obyvatel

S rostoucí rozmanitostí americké populace, jsou poskytovatelé zdravotní péče stále častěji vyžadováni i podle sociálních, kulturních a jazykových zkušeností. Poskytování takto kulturně zaměřené péče může zvýšit kvalitu, efektivnost, spokojenost pacientů a naopak snížit rasové a etnické rozdíly ve zdraví. Problémy s přístupem ke kvalitní péči mohou pociťovat

nejen etnické menšiny, ale také např. „vojenské“ rodiny, lidé s nízkými příjmy nebo osoby, které žijí v odlehlých oblastech. Jednotlivci s odlišnou sexuální orientací mohou taktéž čelit problémům při hledání péče, která splňuje jejich potřeby.

Agency for Healthcare Research and Quality vydala v roce 2009 zprávu „National Healthcare Disparities Report“, která konstatuje, že rasové a etnické menšiny mají více omezený přístup ke zdravotní péči a přijímají ji v méně kvalitní formě. Také údaje amerického statistického úřadu ukazují, že nejvíce nepojištěných osob se nachází právě ve skupině jedné z etnických menšin, a to Hispánci (viz kapitola 4.1.1).

Několik programů vlády napomáhá tomu, aby zdravotní péče byla více k dispozici lidem, jejichž podmínky vyžadují zvláštní pozornost, včetně starších lidí, dětí, osob se zdravotním postižením, nepojištěných obyvatel a osob s omezenou znalostí angličtiny. Tyto programy například pomáhají zdravotnickému personálu poskytovat vyšší kvalitu péče každému pacientovi bez ohledu na rasu, národnost, kulturní zázemí nebo schopnosti používání anglického jazyka. The Office of Minority Health (Úřad pro zdraví menšin) dokonce vyvinul zcela zdarma interaktivní on-line školení pro lékaře, zdravotní sestry a další poskytovatele zdravotní péče zabývající se touto problematikou.

Zatímco Medicare všeobecně nenabízí jazykové služby svým klientům, některé Advantage plány programu Medicare zajišťují překlady do angličtiny. Kromě toho dává federální vláda každému státu možnost získat finanční prostředky na poskytování jazykových asistenčních služeb pro příjemce Medicaid a SCHIP.

Affordable Care Act zdůrazňuje zdraví menšin tím, že formálně zakládá úřady pro zdraví menšin v rámci agentur ministerstva. Tyto úřady by měly pomoci ministerstvu lépe zaměřit své úsilí v příštích letech. Po úplné implementaci Zákona o dostupné zdravotní péči by měl být zajištěn širší přístup k pojištění a také dostupnější péči pro zranitelné skupiny obyvatel, které jsou v současné době bez pojištění. Díky reformě zdravotnického systému bude více Američanů dostávat takovou péči, kterou potřebují, bez ohledu na jejich rasu, národnost či mateřský jazyk. Kvalita péče se bude zvyšovat. Vláda má také zvláštní závazek v podobě poskytování zdravotnických služeb americkým Indiánům a obyvatelům Aljašky.

Strategie k dosažení cíle:

- Monitoring přístupu a kvality péče v rámci populačních skupin, je kladen důraz na spolupráci federálních, státních, místních, kmenových, městských a nevládních aktérů, aby řešili vzniklé rozdíly mezi obyvateli,
- podpora širšího přístupu ke kvalitním zdravotnickým službám obyvatelům, kteří pociťují rozdíly v poskytování zdravotní péče, včetně Afroameričanů, Latinských Američanů, osob se zdravotním postižením, uprchlíků a osob s omezenou znalostí angličtiny,
- zlepšení přístupu ke kvalitní péči prostřednictvím prevence a odstraňování diskriminačních opatření a postupů,
- implementace všech pokrokových ustanovení Zákona o dostupné zdravotní péči a hodnocení jejich dopadů na společnost.

Tabulka č. 4.7: **Kvantifikované cíle pro rok 2015 (strategický cíl 5)**

| Zajistit přístup ke kvalitní, kulturně odpovídající péči ohroženým skupinám obyvatel | Současný stav (poslední dostupná data) | Cílová hodnota v roce 2015 |
|---|--|---|
| Rozšíření dostupnosti ke zdravotnímu pojištění zvýšením zápisu způsobilých dětí do programu SCHIP a Medicaid | SCHIP: 7 717 317 (2009) Medicaid: 31 440 320 (2008) | Cílová hodnota je v současnosti diskutována |
| Zvýšení zdravotních prohlídek dospělých osob ve věku 18 let a více, které trpí depresemi, ve specializovaných klinických zařízeních | 44% (2009) | 60% |
| Navýšení počtu informačních středisek pro stárnoucí a handicapované občany (Aging and Disability Resource Centers - ADRCs) | 197 (2008) | 320 |
| Nárůst počtu pacientů využívajících zdravotní střediska | 18,8 milionů (2009) | 38,7 milionů |
| Implementace různých doporučení pro kmeny za účelem efektivnější konzultace | 0 (2009) | Nejméně 3 |

Zdroj: *Strategic plan, fiscal years 2010 – 2015 [online],*

<http://www.hhs.gov/secretary/about/priorities/strategicplan2010-2015.pdf> [cit. 2011-03-31]

Cíl 6. Podporovat adaptaci a smysluplné využívání informačních technologií

Srdcem strategie k transformaci a modernizaci systému zdravotní péče v USA je používání dat a údajů ke zlepšení kvality zdravotní péče, snížení zbytečných nákladů a administrativy, rozšíření přístupu k cenově dostupnější péči, zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva a k podpoře reformovaných platebních struktur. Národní zdravotní infrastruktura informačních technologií by měla umožnit realizaci těchto cílů a jistých změn navrhovaných Zákonem o dostupné zdravotní péči.

Ministerstvo zdravotnictví USA určilo právě využívání informačních technologií jako hlavní prioritu a podmínku pro změnu v systému zdravotní péče, aby se stala přístupnější, cenově dostupnější a bezpečnější pro všechny Američany.

Strategie k dosažení cíle:

- podpora širokého využívání informačních technologií ve zdravotnictví prostřednictvím pobídek, grantů a technické pomoci,
- podpora aktivní účasti a zapojení spotřebitelů,
- zajištění důvěry v informační technologie, tím, že budou bezpečné,
- posouzení možnosti využití mobilních technologií, které by poskytly včasné informace zranitelným skupinám populace,

Kvantifikované cíle v oblasti zavádění informačních technologií do zdravotnického sektoru jsou stále diskutovány, nebyla tedy zatím dohodnuta jejich výsledná podoba.

4.4 Zhodnocení účinků reformy na zdravotnický systém podle Kongresového rozpočtového úřadu

30. března roku 2011 poskytl Kongresový rozpočtový úřad (Congressional Budget Office--CBO) – nezávislý vládní orgán analýzu hlavních legislativních nařízení v oblasti zdravotní péče a zdravotního pojištění.

4.4.1 Odhadované účinky reformy na počet pojištěných osob

Opatření v rámci reformy Baracka Obamy by měly zvýšit počet Američanů, kteří budou zdravotně pojištěni, o přibližně 32 milionů v roce 2016 a asi o 34 milionů v roce 2021. To by znamenalo, že 95% legálně žijících osob na území Spojených států amerických by mělo mít v roce 2021 uzavřeno zdravotní pojištění. To je mnohem vyšší procento oproti plánované hodnotě 82% bez nové legislativy.

Kongresový rozpočtový úřad také odhaduje, že v roce 2021 bude přibližně 24 milionů lidí „nakupovat“ své vlastní pojištění prostřednictvím „insurance exchanges“ a ve srovnání s dřívějšími právními předpisy se předpokládá pokles osob, které by kupovaly pojištění přímo od pojišťoven. Dále se předpokládá snížení počtu osob, které jsou pojištěny prostřednictvím svého zaměstnavatele asi o 1 milion. Přibližně 23 milionů obyvatel zůstane nepojištěno: jedna třetina z tohoto počtu připadá na neoprávněné přistěhovalce, kteří nejsou způsobilí k účasti v programu Medicaid nebo v „insurance exchanges“. Další čtvrtina představuje osoby, které budou způsobilé k zápisu do Medicaid, avšak neočekává se jejich účast.

Tabulka č. 4.8: **Odhad počtu pojištěných osob v období 2011 – 2021 (v milionech)**

| Rok/Typ pojištění | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Medicaid a SCHIP | 37 | 37 | 37 | 36 | 35 | 35 | 35 | 35 | 35 | 36 | 35 |
| Zaměstnanecké pojištění | 152 | 154 | 157 | 159 | 161 | 163 | 163 | 163 | 163 | 163 | 162 |
| Ostatní ²⁶ | 25 | 25 | 25 | 26 | 26 | 27 | 28 | 28 | 28 | 29 | 30 |
| Nepojištěné osoby ²⁷ | 55 | 55 | 54 | 54 | 53 | 53 | 54 | 54 | 55 | 56 | 57 |
| Celkem | 269 | 271 | 272 | 274 | 2276 | 277 | 279 | 281 | 282 | 284 | 285 |

Zdroj: *CBO's Analysis of the Major Health Care Legislation [online]*,

<http://www.cbo.gov/ftpdocs/121xx/doc12119/03-30-HealthCareLegislation.pdf>

[cit. 2011-04-03]

²⁶ Zde je zařazen i program Medicare.

²⁷ Zahrnuje ilegální imigranty, stejně jako osoby, které jsou způsobilé pro vstup do programu Medicaid, ale neučinily tak.

4.4.2 Odhadované účinky reformy na federální rozpočet

Reformní opatření bude mít řadu účinků také na federální rozpočet, včetně výdajů na dotace na pořízení zdravotního pojištění a zvýšení výdajů na program Medicaid a Medicare. Do federálního rozpočtu budou naopak plynout příjmy z daní, poplatků a pokut. Poslední odhady Kongresového rozpočtového úřadu související se zdravotní péčí hovoří o snížení deficitu federálního rozpočtu o 210 miliard USD v průběhu období 2012 – 2021.

Tabulka č. 4.9: **Odhad účinků reformy na federální deficit v období 2012 – 2021**
(v miliardách USD)

| Odhad za únor 2011 | Očekávané příjmy | Očekávané výdaje | Zvýšení (+)/Snížení (-) deficitu |
|--------------------|------------------|------------------|-------------------------------------|
| (v miliardách USD) | 813 | 604 | - 210 |

Zdroj: *CBO's Analysis of the Major Health Care Legislation [online]*,
<http://www.cbo.gov/ftpdocs/121xx/doc12119/03-30-HealthCareLegislation.pdf>
[cit. 2011-04-03]

Čisté náklady na opatření týkající se zdravotního pojištění, které dosahují částky vyšší než 1 bilion USD, zahrnují zvýšení výdajů ve výši 627 miliard USD v programu Medicaid a SCHIP a 777 miliard USD v dotacích a dalších souvisejících výdajích. Kromě toho jsou odhadovány daňové výhody pro malé podnikatele, kteří nabízejí zdravotní pojištění svým zaměstnancům ve výši 41 miliard USD za dobu 10 let. Tyto náklady budou částečně kompenzovány vyššími příjmy či nižšími výdaji, celkově ve výši přibližně 314 miliard USD v rozpočtovém výhledu 10 let. A to ze čtyř zdrojů:

- zvýšení čistých příjmů z nepřímých daní pojistných plánů s vysokým pojistným (celkově 87 miliard USD),
- penále od nepojištěných osob (34 miliard USD),
- penále od podnikatelů (81 miliard USD),
- další rozpočtové příjmy, většinou daňového charakteru (113 miliard USD). [14]

4.4.2 Odhadované účinky reformy na program Medicaid a SCHIP

Počet příjemců programu Medicaid a SCHIP se zvýší asi o 17 milionů v roce 2021, porostou také federální výdaje na tyto programy, a to o 627 miliard USD za období

2012-2021. Rozšíří se také způsobilost pro vstup do Medicaid pro všechny legálně žijící obyvatele Spojených států, jejichž příjem bude pod 138% federální úrovně chudoby. Federální vláda bude poskytovat podstatně vyšší podíl výdajů nově zapsaným příjemcům programu Medicaid než bude platit předešlým klientům. Sazby pro nově způsobilé příjemce tedy budou 100% v roce 2014 – 2016 a postupně budou klesat na 95% v roce 2017, 94% v roce 2018, 93% v roce 2019 až na 90%. [14]

Tabulka č. 4.11: Odhadované výdaje na program Medicaid v období 2010 – 2021
(v miliardách USD)

| Rok | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|-----------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Výdaje (pro příjemce) | 250,4 | 252,5 | 235,8 | 249,9 | 294,6 | 332,8 | 371,3 | 398,5 | 425,1 | 455,1 | 485,2 | 520,2 |
| Výdaje celkem ²⁸ | 272,8 | 275 | 259,7 | 274,9 | 322,1 | 361,2 | 401,5 | 428,8 | 453,9 | 485,2 | 518,8 | 559,9 |

Zdroj: *CBO's Analysis of the Major Health Care Legislation [online]*,
<http://www.cbo.gov/ftpdocs/121xx/doc12119/03-30-HealthCareLegislation.pdf>
 [cit. 2011-04-03]

Tabulka č. 4.12: Odhadovaný počet přihlášených osob v programu Medicaid v období 2010 – 2021 (v milionech USD)

| Rok | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|-------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Počet přihlášených osob | 67,7 | 69,5 | 70 | 68,7 | 79,2 | 83,7 | 89,1 | 90,1 | 91,3 | 92,6 | 93,7 | 95,1 |

Zdroj: *CBO's Analysis of the Major Health Care Legislation [online]*,
<http://www.cbo.gov/ftpdocs/121xx/doc12119/03-30-HealthCareLegislation.pdf>
 [cit. 2011-04-03]

²⁸ Mimo výdaje určených pro příjemce, má Medicaid rovněž administrativní výdaje, výdaje ve formě vakcín pro děti a účasti v nemocnicích.

4.4.2 Odhadované účinky reformy na program Medicare

Také výdaje určené na program Medicare se v období let 2010 – 2021 zvyšují. To je patrné i z Tabulky č. 4.13.

Tabulka č. 4.13: **Odhadované výdaje na program Medicare v období 2010 – 2021**
(v miliardách USD)

| Rok | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Celkové výdaje | 525,6 | 568,6 | 565,9 | 606,2 | 639 | 668,9 | 724,7 | 755,2 | 787 | 856,6 | 915,8 | 979,5 |
| Celkové příjmy ²⁹ | 74 | 77,6 | 83,4 | 85,8 | 90,5 | 97,5 | 105,8 | 114,7 | 123,5 | 132,8 | 139,9 | 149,3 |
| Čisté výdaje | 451,6 | 491,1 | 482,5 | 520,4 | 548,5 | 571,3 | 619 | 640,5 | 663,4 | 723,9 | 775,9 | 830,2 |

Zdroj: *CBO's Analysis of the Major Health Care Legislation [online]*,
<http://www.cbo.gov/ftpdocs/121xx/doc12119/03-30-HealthCareLegislation.pdf>
[cit. 2011-04-03]

Také počet přihlášených osob do programu Medicare by se měl navyšovat. Pouze v Medicare Advantage programu (Část C) bude podle odhadů Kongresového rozpočtového úřadu v roce 2017 a dalších letech rozšíření pouze okolo 60% z původního objemu klientů, který by nastal při absenci nové legislativy.

Tabulka č. 4.13: **Odhadovaný počet přihlášených osob v programu Medicare v období 2010 – 2021** (v milionech USD)

| Rok | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|--------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Část A | 46,9 | 48,2 | 49,8 | 51,5 | 53,1 | 54,6 | 56,1 | 57,7 | 59,2 | 60,9 | 62,7 | 64,4 |
| Část B | 43,8 | 44,6 | 46,1 | 47,5 | 49 | 50,4 | 51,8 | 53,2 | 54,7 | 56,2 | 57,8 | 59,4 |
| Část D | 34,2 | 35,5 | 36,8 | 38,3 | 39,6 | 41 | 42,4 | 43,8 | 45,2 | 46,8 | 48,3 | 49,9 |
| Část C (Medicare Advantage) | 11,1 | 11,7 | 11,7 | 11,2 | 10,4 | 9,4 | 8,3 | 7,6 | 7,5 | 7,8 | 8,3 | 8,7 |

Zdroj: *CBO's Analysis of the Major Health Care Legislation [online]*,
<http://www.cbo.gov/ftpdocs/121xx/doc12119/03-30-HealthCareLegislation.pdf>
[cit. 2011-04-03]

²⁹ Příjmy zahrnují pojistné a státní příspěvky pro Část D.

Legislativa zakládá také nový program, který nabízí finanční poradenství pro poskytování zdravotního pojištění seniorům nad 55 let, kteří ještě nejsou způsobilí pro vstup do programu Medicare. Mnoho zaměstnavatelů by rádo pomohlo svým zaměstnancům k pohodlnému přechodu do důchodu a poskytnutí zdravotního pojištění, avšak v dnešní ekonomické situaci je pro zaměstnavatele velmi obtížné udržet prudce rostoucí náklady na zdravotní pojištění pro své zaměstnance a pracovníky odcházející do důchodu.

Právě nový program s názvem Early Retiree Reinsurance Program, disponující částkou 5 miliard USD, by měl zjednodušit zaměstnavatelům poskytovat zaměstnancům, kteří odcházejí do důchodu, vysoce kvalitní zdravotní péči. Program je určen k poskytování finanční pomoci pro zaměstnance, včetně velkých a malých podnikatelů, státní a místní správy, vzdělávacích institucí, neziskových organizací a odborů na trhu práce, kteří budou pomáhat seniorům a jejich partnerům a nezaopatřeným dětem stejně jako svým zaměstnancům a jejich rodinám ke kvalitnímu a pohodlnému zdravotnímu pojištění. [24]

4.5 Vlastní zhodnocení účinků reformy na zdravotnický systém

Po zpracování předešlé části mé diplomové práce jsem dospěla i k vlastnímu názoru na plánovanou reformu zdravotnictví.

4.5.1 Zhodnocení účinků reformy v souvislosti se SWOT analýzou

V rámci racionálně uvažujícího státu by mělo být žádoucí usilovat o prohloubení a podporu silných stránek, které zdravotnický systém vykazuje. Silnou stránkou amerického systému zdravotnictví je jednoznačně vysoká kvalita poskytované péče. To je zajištěno jednak špičkovým výzkumem, jednak vyšším počtem kvalifikovaného zdravotnického personálu. Reforma Baracka Obamy by nikterak neměla snížit kvalitu zdravotnické péče pro obyvatelstvo. Podle jednoho z vytyčených cílů Ministerstva zdravotnictví by se naopak měla kvalita poskytované zdravotní péče v průběhu několika málo let zvyšovat. Myslím si, že díky slibovanému nárůstu organizací na ochranu pacientů by rozhodně měla být zajištěna alespoň větší bezpečnost občanů a pro zlepšení kvality zdravotní péče hraje také navýšení počtu nemocnic a jiných zdravotnických zařízení. Ve spektru cílů Ministerstva zdravotnictví se nachází taktéž úsilí zdůraznit primární a preventivní péči, což je, dle mého názoru, rovněž

důležitý faktor pro zajištění kvalitní péče. Důležitou otázkou je i to, v jak širokém záběru bude zdravotní péče poskytována. Plánovaná reforma počítá se zajištěním přístupu ke kvalitní a kulturně odpovídající zdravotní péči i ohroženým skupinám obyvatelstva a to je podle mne jeden z nejdůležitějších posunů ve zdravotnickém systému Spojených států v rámci strategického cíle „kvalitní zdravotní péče“.

Jestliže je racionální snažit se podporovat a zachovat silné stránky, je také žádoucí eliminovat ty slabé. Jednou ze slabých stránek, která je Spojeným státům často vytýkána, je vysoká nákladovost zdravotnického systému. I toto by měla reforma zdravotnictví řešit, jelikož jedním z cílů Ministerstva zdravotnictví je snížit růst nákladů na zdravotní péči. Myslím si, že náklady skutečně poklesnou rodinám a firmám. Díky nově vzniklým Health insurance exchanges budou moci jednotlivci a rodiny získat federální dotace, které sníží jejich náklady na zajištění zdravotního pojištění. Také se prostřednictvím vytvořených zvláštních burz, kde budou zveřejňovány nabídky pojišťoven, budou občané lépe orientovat na trhu soukromého pojištění, budou si tedy moci vybírat podle svých představ a priorit. I malé a střední podniky budou získávat daňové úlevy k pokrytí nákladů na zdravotní pojištění pro své zaměstnance. Reforma se snaží o zvýšení jejich celkové konkurenceschopnosti. Malinko v rozpacích jsem však u snižování nákladovosti v souvislosti s vládním rozpočtem. I když Kongresový rozpočtový úřad uvádí, že deficit federálního rozpočtu by se měl snížit o 210 miliard USD v průběhu let 2012 – 2021, což rozhodně nezpochybňuji, výdaje v rámci programů Medicare a Medicaid ve stejném časovém období stále rostou. Obavy z neúměrného zvyšování zadluženosti země mají také Republikáni. To, jestli reforma nakonec opravdu sníží celkové náklady na zdravotní péči, ukáže až čas.

Asi nejdůležitější prioritou nové reformy (a zároveň slabou stránkou amerického zdravotnictví) je odstranit problém nízkého pokrytí obyvatel zdravotním pojištěním (v roce 2008 dosáhl počet nepojištěných osob 46,3 milionů – viz kapitola 4.1.1). Jedním z hlavních cílů reformy zdravotnictví je právě zajištění dostupnější zdravotní péče a rozšíření pokrytí zdravotním pojištěním na všechny Američany. Pokud opravdu nastanou zmíněné změny v rámci zdravotních pojišťoven, mohlo by být, dle mého názoru, dosaženo v této problematice pokroku. Změny se týkají např. zákazu pro pojišťovny odmítat proplácet péči nebo si za ni účtovat neúměrně vysoké částky. Dále by zdravotní pojišťovny nesměly odmítnout pojistit klienty se zdravotními potížemi a celkově by byl zvýšen dohled nad činnostmi těchto institucí. Navíc díky internetovým stránkám HealthCare.gov je zajištěn jeden centrální zdroj

pro nalezení upraveného seznamu možností pojistného krytí včetně možnosti volby soukromého a státního. To vše by mělo vést k vyšší ochraně spotřebitelů.

4.5.2 Zhodnocení dopadu reformy na společnost (mýty a fakta)

Mezi americkým obyvatelstvem panuje i několik mýtů o nové reformě zdravotnictví (dostupné na stránkách Bílého domu). Získanými informacemi o této reformě a s ní souvisejícími zákony se budu níže snažit o jejich vyvrácení či potvrzení.

1. Občané budou nuceni koupit si pojištění, které si nebudou moci dovolit.

Reforma má sice za cíl zajistit dostupnost zdravotního pojištění pro všechny občany, avšak pro ty, kteří budou potřebovat pomoc s koupí pojištění z finančního hlediska, budou poskytovány daňové úlevy. Každý občan tak bude chráněn před bankrotem a bude mít přístup ke zdravotní péči. Dále bude redukována „skrytá daň“, kdy lidé se zdravotním pojištěním platí pokrytí nákladů na zdravotní péči pro ty, kteří zdravotní pojištění uzavřeno nemají.

2. Nový zákon rozšiřuje pojištění nelegálním přistěhovalcům.

Vláda se zavázala, že přistěhovalci, kteří budou bez dokladů, neobdrží od vlády absolutně žádnou pomoc. Z toho vyplývá, že tito lidé si nebudou moci „koupit“ zdravotní pojištění, tudíž ani získat žádné daňové úlevy a neohrozí tak spotřebu vládních výdajů.

3. Reforma zdravotního pojištění bude používat peníze daňových poplatníků k financování potratů.

Reforma zachovává princip federálního nefinancování potratů, ovšem s výjimkou případů znásilnění, incestu nebo pokud je život ženy ohrožen, což je podle mne akceptovatelný důvod odčerpání části finančních prostředků daňových poplatníků.

4. Zdravotní reforma povede k masivnímu zvýšení daní a zániku pracovních míst.

Tím, že zákon zahrnuje daňové výhody pro pracující rodiny, je nekompetentní tvrdit, že dojde ke zvýšení daňové povinnosti. Navíc podle slov vlády, bude nový zákon znamenat největší snížení daní střední třídy obyvatel v historii Ameriky. Kromě toho se předpokládá, že budou vytvořena nová pracovní místa (odhaduje se více než 250 000 pracovních míst za rok).

5. Malým podnikům nebudou ve skutečnosti poskytovány daňové úlevy.

I malé podniky mohou požadovat daňovou úlevu na poskytování pojištění pro své zaměstnance. Závazek vlády pro malé a střední podniky představuje úlevy k pokrytí nákladů na zdravotní pojištění pro své zaměstnance v hodnotě 40 miliard USD. Daňový odpočet je navržen tak, aby podporoval malé a střední podniky poskytující pojištění dnes stejně jako nové podniky, které se rozhodnou pro poskytování pojištění. Sleva na dani dosahuje hodnoty až 35% z pojistného, ze kterého podniky platí pojištění svým zaměstnancům. V roce 2014 se pak sleva na dani zvýší až na 50% z pojistného. Odhaduje se, že až 4 miliony malých podniků bude mít nárok na tyto daňové úlevy. Domnívám se tedy, že vláda má opravdu velký zájem pomoci těmto malým podnikatelům, kteří by tak dosáhli mnohem větší konkurenceschopnosti.

6. Reforma sníží příspěvky programu Medicare.

Podle vyjádření vlády nebude nový zákon krátit sociální dávky seniorům. Stejná ochrana, jakou mají příjemci tohoto programu dnes, bude zachována i v budoucnu. Navíc bude přidána výhoda bezplatného preventivního pojištění, roční návštěva wellness a postupně bude redukováno plýtvání prostředků. Tím, že se sníží plýtvání a zneužívání programu a budou zavedena rázná opatření proti přeplatkům, bude nižší pojistné a nižší finanční spoluúčast. Životnost programu Medicare by měla být prodloužena o 12 let. To vše je podpořeno také jedním ze strategických cílů Ministerstva zdravotnictví, kterým je přeměna systému programu Medicare za účelem orientace na účinnost a efektivitu péče namísto objemu péče.

7. Senioři nebudou mít přístup k Medicare Advantage plánům.

Neexistuje žádné ustanovení v nové legislativě, které by znemožňovalo přístup k Medicare Advantage plánům. Dnes program Medicare financuje Medicare Advantage pojišťovny. Tyto dodatečné platby jsou částečně hrazeny zvýšením pojistného všech příjemců programu Medicare, včetně 77% seniorů, kteří nejsou zapsáni do Medicare Advantage plánů. Nový zákon by měl tyto přeplatky postupně odstranit.

5 Závěr

Většina vyspělých zemí si klade za cíl ekonomický růst, vysokou zaměstnanost, nízkou míru inflace či vytvoření vysoce konkurenceschopné ekonomiky založené na znalostech a inovacích. Avšak i zdraví je velmi cenná hodnota, nejdůležitější v životě každého z nás. Proto si myslím, že stát jako garant společnosti by měl zajištění kvalitní zdravotní péče pro všechny občany pokládat za jednu z hlavních priorit.

Po několika pokusech zavést v ryze tržním prostředí Spojených států amerických zdravotnictví založené na závazném plánování na federální úrovni pro zajištění komplexní zdravotní péče pro celou populaci je jednoznačně nejdále současný prezident Barack Obama. Dřívější snahy zavést zákonné zdravotní pojištění, jež by podléhalo dohledu státu či federální vlády byly vždy zablokovány Sdružením amerických lékařů v čele s Americkou lékařskou společností. Velkým úspěchem byla pouze legalizace dvou federálních plánů Medicare a Medicaid v polovině 60. let. Ke konci 90. let byl také ustaven State Children's Health Insurance Program.

Díky kvantifikovaným strategickým cílům stanovených americkým Ministerstvem zdravotnictví a odhadovaným údajům Kongresového rozpočtového úřadu, které dávají řadu odpovědí na otázky týkající se skutečných účinků nové legislativy, se domnívám, že mnou vytyčený cíl zjištění vlivu reformy na zdravotnický systém USA byl v práci naplněn.

Sjednání zdravotního pojištění je založeno na dobrovolnosti každého občana, není zákonem stanoveno povinné zdravotní pojištění. S výjimkou federálních programů je tedy na území USA realizováno soukromé pojištění, jehož míra se pohybuje kolem 67%, z toho necelých 60% občanů má sjednáno pojištění přes svého zaměstnavatele. Tímto je potvrzena má první hypotéza o unikátnosti systému zdravotního pojištění, které není založeno na veřejném, všeobecném pojištění.

Za hlavní důvod vzniku reformy se považuje vysoká nákladovost amerického zdravotnictví a značně znepokojující počet nepojištěných osob, čímž potvrzují druhou uvedenou hypotézu o vysokých výdajích vynakládaných na oblast zdravotnictví a velkým počtem osob, které nemají sjednáno zdravotní pojištění. Spojené státy vynakládají

na zdravotnictví částku 7 536 USD na jednoho obyvatele, což je mnohem vyšší hodnota v porovnání se zeměmi EU. Druhý údaj o počtu nepojištěných osob je také značně znepokojující. Údaje amerického statistického úřadu hovoří o více než 46 milionech osob bez zdravotního pojištění.

Prioritami amerického prezidenta jsou především větší dostupnost zdravotní péče, odpovědné pojišťovny, pokrytí všech Američanů zdravotním pojištěním a udržitelný systém zdravotnictví. Podle nezaujatých odhadů Kongresového rozpočtového úřadu by reforma měla zvýšit počet osob, které budou mít sjednáno zdravotní pojištění, o 32 milionů již v roce 2016, což procentuálně představuje pojištění pro 95% legálně žijících osob na území Spojených států amerických. Dalším velmi podstatným zjištěním Kongresového rozpočtového úřadu je i očekávaný efekt na federální rozpočet. Odhaduje se snížení deficitu federálního rozpočtu o 210 miliard USD mezi lety 2012 – 2021. Podle těchto odhadů by tedy plánovaná reforma zdravotnictví měla být úspěšná. Avšak veškeré dopady na americkou společnost se ukáží až po plné implementaci všech ustanovení.

Seznam použité literatury:

- [1] DURDISOVÁ, J. *Ekonomika zdraví*. 1. vyd. Praha: VŠE, 2005. 228 s. ISBN 80-245-0998-9.
- [2] DOLANSKÝ, H. *Veřejné zdravotnictví*. 1. vyd. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik, Ústav ošetrovatelství, 2008. 223 s. ISBN 978-80-7248-494-2.
- [3] KŘÍŽOVÁ, E. *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání*. 1. vyd. Praha: Eva Křížová, 1998. 133 s. ISBN 80-238-0937-7.
- [4] DURDISOVÁ, J.; LANGHAMEROVÁ, J. *Úvod do teorie zdravotní politiky*. Praha: VŠE, 2001. 125 s. ISBN 80-245-0217-8.
- [5] GLADKIJ, I. a kol. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.
- [6] ŠŤASTNÝ, J. *Řízená péče* [online]. 2005 [cit. 2011-02-09]. Dostupné z WWW: <http://www.recepis.cz/ke_stazeni/rp.recepis.pdf>.
- [7] HNILICOVÁ, H. 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy. *Úvod do studia zdravotnických systémů*. [online]. [cit. 2011-02-14]. Dostupné z WWW: <http://usm.lf1.cuni.cz/download/uvod_do_zs.pdf>.
- [8] Centers for Medicare & Medicaid Services. 2009 Annual Report of the Boards of Trustees of the Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds. [online]. 2009 [cit. 2011-03-01] 239 s. Dostupné z WWW: <<https://www.cms.gov/ReportsTrustFunds/downloads/tr2009.pdf>>.
- [9] DENAVAS-WALT, C.; PROCTOR Bernadette D.; SMITH Jesicca C. U.S. Census Bureau. *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2008*. [online]. 2009 [cit. 2011-03-02] 67 s. Dostupné z WWW: <<http://www.census.gov/prod/2009pubs/p60-236.pdf>>.

- [10] SHORT Kathleen S. U.S. Census Bureau. Who is Poor? A New Look with the Supplemental Poverty Measure. [online]. 2011 [cit. 2011-03-02]. 28 s. Dostupné z WWW:<http://www.census.gov/hhes/povmeas/methodology/supplemental/research/SGE_Short.pdf>.
- [11] Department of Health and Human Services. The Budget for Fiscal Year 2008. [online]. 2007. [cit. 2011-03-03]. 11 s. Dostupné z WWW: <<http://www.gpoaccess.gov/usbudget/fy08/pdf/budget/hhs.pdf>>.
- [12] The Congress of the United States. The State Children's Health Insurance Program. [online]. 2007. [cit. 2011-03-03]. 36 s. Dostupné z WWW: <<http://www.cbo.gov/ftpdocs/80xx/doc8092/05-10-SCHIP.pdf>>.
- [13] *Health at a Glance 2009: OECD indicators*. [online] 2009. [cit. 2011-03-04]. 201 s. Dostupné z WWW: <<http://www.oecd.org/dataoecd/55/2/44117530.pdf>>.
- [14] Congressional Budget Office. *CBO's Analysis of the Major Health Care Legislation*. [online]. 2011 [cit. 2011-04-03]. Dostupné z WWW: <<http://www.cbo.gov/ftpdocs/121xx/doc12119/03-30-HealthCareLegislation.pdf>>.
- [15] Komise Evropských společenství. *Bílá kniha Společně pro zdraví: strategický přístup pro EU na období 2008–2013*. [online]. 2007 [cit. 2011-01-11]. Dostupné z WWW: http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_cs.pdf.
- [16] KUBEK, M. Česká lékařská komora. *Nedostatek lékařů v ČR již ohrožuje kvalitu zdravotní péče*. [online]. 2009 [cit. 2011-03-14]. Dostupné z WWW: <http://umlaufoviny.com/www/res_publica/reportaze/zdravotnictvi/archiv/Kubek_nedostatek_lekaru_v_CR_ohrozuje_kvalitu_zdravotni_pece_PS_250209.pdf>.
- [17] U.S. Department of Health & Human service. *Strategic plan, fiscal years 2010 – 2015*. [online]. [cit. 2011-03-31]. 124 s. Washington, D.C. Dostupné z WWW: <<http://www.hhs.gov/secretary/about/priorities/strategicplan2010-2015.pdf>>.

- [18] HROBONĚ, Pavel. *Obamova reforma amerického zdravotnictví – velké vítězství nebo nedokončený úkol?*. [online]. 2010 [cit. 2011-03-15]. Dostupné z WWW: <<http://pharmbm.cz/pdf/472.pdf>>.
- [19] SUCHÁNKOVÁ, A. 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy. *Zdravotnické systémy ve světě*. [online]. [cit. 2010 – 04 – 30]. Dostupné z WWW: www.lf3.cuni.cz/miranda2/...lf3.../ZDRAVOTNICKx_SYSTxMY.ppt.
- [20] Ústav zdravotnických informací a statistiky v České republice. *Nemocnice v České republice v roce 2010*. [online]. 2011 [cit. 2011-03-14]. Dostupné z WWW: <<http://www.uzis.cz/category/klicova-slova/zdravotnicke-sluzby/zdravotnicka-zarizeni/nemocnice>>.
- [21] Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Jak na poplatky od 1. 4. 2009*. [online]. 2010 [cit. 2011-03-14]. Dostupné z WWW: <http://www.mzcr.cz/dokumenty/jak-od-dubna-na-regulacni-poplatky_1265_1549_1.html>.
- [22] Wikipedia. *Medicare (United States)*. [online]. 2011 [cit. 2011-02-14]. Dostupné z WWW: <http://en.wikipedia.org/wiki/Medicare_%28United_States%29>.
- [23] The White House. *Health Reform in Action*. [online]. [cit. 2011-03-30]. Dostupné z WWW: <<http://www.whitehouse.gov/healthreform/healthcare-overview#healthcare-menu>>.
- [24] Health Care.gov. *New Resources for Employers and Unions to Help Keep Health Coverage Accessible and Affordable*. [online]. 2010 [cit. 2011-04-04]. Dostupné z WWW: <<http://www.healthcare.gov/news/blog/ERRP.html>>.
- [25] GOLLA, P. finance.cz. *Deset důvodů, proč budeme platit více za zdravotní péči*. [online]. 2010 [cit. 2011-02-21]. Dostupné z WWW: <<http://www.finance.cz/zpravy/finance/279148-deset-duvodu-proc-budeme-platit-vice-za-zdravotni-peci/>>.

- [26] JANKŮ, M. Zdravotnické noviny. *Změna čeká zdravotnictví v Evropě i v USA*. [online]. 2006 [cit. 2011-02-09]. Dostupné z WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnicke-noviny/zmena-ceka-zdravotnictvi-v-evrope-i-v-usa-281260>>.
- [27] KOUDELKA, V. Zdraví a zdravotnictví. *Lobbying a reformy zdravotní péče v USA*. [online]. 2003 [cit. 2011-02-07]. Dostupné z WWW: <<http://www.zdrav.cz/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=4446>>.
- [28] SACK, K. Money & Policy. *Recession Drove Many to Medicaid Last Year*. [online]. 2010 [cit. 2011-02-17]. Dostupné z WWW: <http://www.nytimes.com/2010/10/01/health/policy/01medicaid.html?_r=1>.
- [29] ŠATERA, K. *Veřejné zdravotní pojištění v České republice*. [online]. 2009 [cit. 2011-03-14]. Dostupné z WWW: <<http://www.google.cz/#sclient=psy&num=10&hl=cs&q=ve%C5%99ejn%C3%A9+zdravotn%C3%AD+poji%C5%A1t%C4%9Bn%C3%AD&aq=f&aqi=&aql=&oq=&pbx=1&fp=bb8e1509b36fe4a3>>.
- [30] Congressional Budget Office. *Health Care*. [online]. [cit. 2011-04-02]. Dostupné z WWW: <<http://www.cbo.gov/publications/collections/health.cfm>>.
- [31] České noviny.cz. *Obama v Kongresu prosadil přelomovou zdravotní reformu*. [online]. 2010 [cit. 2011-02-07]. Dostupné z WWW: <http://www.ceskenoviny.cz/zpravy/obama-v-kongresu-prosadil-prelomovou-zdravotni-reformu/452080&id_seznam=>.
- [32] České noviny.cz. *V USA loni přibylo chudých, jejich podíl je nejvyšší od roku 1994*. [online]. 2010 [cit. 2011-02-14]. Dostupné z WWW: <<http://www.ceskenoviny.cz/svet/zpravy/v-usa-loni-pribylo-chudych-jejich-podil-je-nejvyssi-od-roku-1994/529290>>.
- [33] Česká průmyslová zdravotní pojišťovna. *Zdravotní systém ČR*. [online]. 2009 [cit. 2011-03-14]. Dostupné z WWW: <<http://www.finance.cz/pojisteni/informace/soukrome-zdravotni/druhy/>>.

- [34] Ekonomicko-správní fakulta Masarykovy univerzity. *Řízená péče – cesta ke zvyšování efektivnosti*. [online]. [cit. 2011-02-09]. Dostupné z WWW: <http://www.econ.muni.cz/~ivan/xxx/subjects/zdrav_ek/manag_c.html>.
- [35] Euroskop.cz věcně o Evropě. *Politiky EU*. [online]. 2005 [cit. 2010-06-20]. Dostupné z WWW: <<http://www.euroskop.cz/672/sekce/zdravotnictvi/>>.
- [36] Finance.cz. *Co vše lze pojistit?*. [online]. [cit. 2011-03-14]. Dostupné z WWW: <<http://www.finance.cz/pojisteni/informace/soukrome-zdravotni/druhy/>>.
- [37] Finance.cz. *K čemu slouží soukromé pojištění?*. [online]. [cit. 2011-03-14]. Dostupné z WWW: <<http://www.finance.cz/pojisteni/informace/soukrome-zdravotni/co-to-je/>>.
- [38] Finanční noviny.cz. *Výdaje na zdravotnictví jsou v Česku nízké*. [online]. 2009 [cit. 2011-03-14]. Dostupné z WWW: <<http://www.financninoviny.cz/os-finance/pojisteni/zpravy/vydaje-na-zdravotnictvi-jsou-v-cesku-nizke/413026>>.
- [39] Gallup. *Verdict on Healthcare Reform Bill Still Dividend*. [online]. 2010 [cit. 2011-03-21]. Dostupné z WWW: <<http://www.gallup.com/poll/140981/verdict-healthcare-reform-bill-divided.aspx>>.
- [40] IHNED.cz. *Obama neustoupí. Zdravotní reformu chce prosadit kontroverzní procedurou*. [online]. 2010 [cit. 2011-03-25]. Dostupné z WWW: <<http://zahranicni.ihned.cz/c1-40856150-obama-neustoupi-zdravotni-reformu-chce-prosadit-kontroverzni-procedurou>>.
- [41] Medical Tribune cz. *Kolik si lékaři aktuálně vydělávají v USA?*. [online]. 2009 [cit. 2011-03-04]. Dostupné z WWW: <<http://www.tribune.cz/clanek/14295>>.
- [42] Outsidermedia. *Reforma zdravotnictví v USA*. [online]. 2011 [cit. 2011-03-16]. Dostupné z WWW: <<http://www.outsidermedia.cz/Reforma-zdravotnictvi-v-USA-1.aspx>>.

- [43] Peníze.cz. *Zdravotnictví USA: drahé pojištění, které zdaleka nehradí všechno*. [online]. 2007 [cit. 2011-03-14]. Dostupné z WWW: <<http://www.penize.cz/pojisteni/29415-zdravotnictvi-usa-drahe-pojisteni-ktre-zdaleka-nehradi-vsechno>>.
- [44] Peníze.cz. *Zdravotnictví USA: zdraví k nezaplacení*. [online]. 2007 [cit. 2011-03-15]. Dostupné z WWW: <<http://www.penize.cz/pojisteni/29425-zdravotnictvi-usa-zdravi-k-nezaplaceni>>.
- [45] Právní poradna - pracovní právo. *Novela Zákoníku práce od 1. 10. 2008 - přesčasy ve zdravotnictví - další dohodnutá práce přesčas*. [online]. [cit. 2011-03-14]. Dostupné z WWW: <<http://www.hledampraci.cz/pracovni-pravo/novela-zakonik-prace-dohodnuta-prace-prescas-zdravotnictvi.php>>.
- [46] První zprávy.cz. *Americké zdravotnictví ruínuje pojištěnce i vládu*. [online]. 2011 [cit. 2011-03-25]. Dostupné z WWW: <<http://www.prvnizpravy.cz/zpravy/ze-zahranici/americke-zdravotnictvi-ruinuje-pojistence-i-vladu/>>.
- [47] The White House. *Health Reform in Action*. [online]. [cit. 2011-03-30]. Dostupné z WWW: <<http://www.whitehouse.gov/healthreform>>.
- [48] The White House. *Health Reform in Action*. [online]. [cit. 2011-03-30]. Dostupné z WWW: <<http://www.whitehouse.gov/healthreform/myths-and-facts#healthcare-menu>>.
- [49] Tricare. *Welcome, TRICARE Beneficiaries!*. [online]. [cit. 2011-02-23]. Dostupné z WWW: <<http://www.tricare.mil/>>.
- [50] U. S. Department of Health & Human Services : Centers for Medicare & Medicaid Services. *Childrens Health Insurance Program Reauthorization Act (CHIPRA) of 2009*. [online]. 2011 [cit. 2011-02-17]. Dostupné z WWW: <<http://www.cms.gov/CHIPRA/>>.
- [51] Válka.cz. *McCarthy, Joseph Raymond :: M :: USA (USA)*. [online]. [cit. 2011-02-07]. Dostupné z WWW: <<http://forum.valka.cz/viewtopic.php/t/27489>>.

[52] Wikipedia. *Health insurance exchange*. [online]. 2011 [cit. 2011-03-30]. Dostupné z WWW: <http://en.wikipedia.org/wiki/Health_insurance_exchange>.

[53] Wikipedia. *Medicaid*. [online]. 2011 [cit. 2011-02-16]. Dostupné z WWW: <<http://en.wikipedia.org/wiki/Medicaid>>.

[54] World Health Organization. *Světové zdravotnické statistiky*. [online]. [cit. 2011-02-10]. <Dostupné z WWW: <http://apps.who.int/ghodata/>>.

Seznam zkratek a symbolů

| | |
|-------|---|
| AMA | American Medical Association (Sdružení amerických lékařů) |
| CBO | Congressional Budget Office (Kongresový rozpočtový úřad) |
| ČR | Česká republika |
| DRG | Diagnosis Related Groups (diagnostické skupiny) |
| EU | Evropská unie |
| EWTD | European Working Time Directive |
| HDP | Hrubý domácí produkt |
| HI | Hospital Insurance |
| HIX | Health Insurance eXchanges |
| HMO | Health Maintenance Organizations |
| IOFP | Investor owned for profit hospital Chain |
| Kč | Koruna česká |
| OECD | Organisation for Economic Co-operation and Development |
| PPO | Preferred Provider Organization |
| Sb. | Sbírky |
| SCHIP | State Children's Health Insurance Program |
| SMI | Supplementary Medical Insurance |
| SRN | Spolková republika Německo |
| SWOT | Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats |
| USA | United States of America (Spojené státy americké) |
| USD | United states dollar |

Prohlášení o využití výsledků diplomové práce

Prohlašuji, že

- jsem byla seznámena s tím, že na mou diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. – autorský zákon, zejména § 35 – užití díla v rámci občanských a náboženských obřadů, v rámci školních představení a užití díla školního a § 60 – školní dílo; beru na vědomí, že Vysoká škola báňská – Technická univerzita Ostrava (dále jen VŠB-TUO) má právo nevýdělečně, ke své vnitřní potřebě, diplomovou práci užít (§ 35 odst. 3);
- souhlasím s tím, že jeden výtisk diplomové práce bude uložen v Ústřední knihovně VŠB-TUO k prezenčnímu nahlédnutí a jeden výtisk bude uložen u vedoucího diplomové práce. Souhlasím s tím, že bibliografické údaje o diplomové práci budou zveřejněny v informačním systému VŠB-TUO;
- bylo sjednáno, že s VŠB-TUO, v případě zájmu z její strany, uzavřu licenční smlouvu s oprávněním užít dílo v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- bylo sjednáno, že užít své dílo, diplomovou práci, nebo poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠB-TUO, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly VŠB-TUO na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše).

V Ostravě dne 29. dubna 2011.

Bc. Kristýna Poláchová

Adresa trvalého pobytu studenta:

Svazarmovská 1578

756 61 Rožnov pod Radhoštěm

Seznam obrázků

Obrázek č. 2.1: **Modely zdravotnických systémů**

Obrázek č. 2.2: **Bismarckovský model**

Obrázek č. 2.3: **Beveridgeovský model**

Obrázek č. 3.1: **Členění nemocnic v USA**

Seznam tabulek

- Tabulka č. 2.1: **Ukazatelé zdravotnických systémů v jednotlivých modelech zdravotnictví**
- Tabulka č. 2.2: **Srovnání střední délky života a úmrtnosti v Německu, Velké Británii a USA v roce 2008**
- Tabulka č. 2.3: **Celkové výdaje na zdravotnictví v zemích EU v roce 2008**
- Tabulka č. 3.1: **Míra chudoby podle rasového složení obyvatel v roce 2008**
- Tabulka č. 3.2: **Míra chudoby podle věku obyvatel v roce 2008**
- Tabulka č. 3.3 : **Průměrná výše ročních mezd podle lékařské profese v roce 2009**
- Tabulka č. 3.4: **Průměrná výše mezd podle let praxe v roce 2009**
- Tabulka č. 4.1: **Míra nepojištěných osob podle rasového složení v roce 2008**
- Tabulka č. 4.2: **Míra nepojištěných osob podle věkového složení v roce 2008**
- Tabulka č. 4.3: **Kvantifikované cíle pro rok 2015 (strategický cíl 1)**
- Tabulka č. 4.4: **Kvantifikované cíle pro rok 2015 (strategický cíl 2)**
- Tabulka č. 4.5: **Kvantifikované cíle pro rok 2015 (strategický cíl 3)**
- Tabulka č. 4.6: **Kvantifikované cíle pro rok 2015 (strategický cíl 4)**
- Tabulka č. 4.7: **Kvantifikované cíle pro rok 2015 (strategický cíl 5)**
- Tabulka č. 4.8: **Odhad počtu pojištěných osob v období 2011 – 2021 (v milionech)**
- Tabulka č. 4.9: **Odhad účinků reformy na federální deficit v období 2012 – 2021 (v miliardách USD)**
- Tabulka č. 4.11: **Odhadované výdaje na program Medicaid v období 2010 – 2021 (v miliardách USD)**
- Tabulka č. 4.12: **Odhadovaný počet přihlášených osob v programu Medicaid v období 2010 – 2021 (v milionech USD)**
- Tabulka č. 4.13: **Odhadované výdaje na program Medicare v období 2010 – 2021 (v miliardách USD)**
- Tabulka č. 4.13: **Odhadovaný počet přihlášených osob v programu Medicare v období 2010 – 2021 (v milionech USD)**

Seznam grafů

- Graf č. 2.1: **Spotřeba alkoholu osob starších 15ti let v roce 2005**
(litry čistého alkoholu za rok)
- Graf č. 2.2: **Počet kuřáků starších 15ti let v roce 2006 (%)**
- Graf č. 3.1: **Typ zdravotního pojištění v roce 2008 (v %)**
- Graf č. 3.2: **Celkové příjmy a výdaje programu Medicare v období 1970–2008**
(v bilionech USD)
- Graf č. 3.3: **Odhad celkových příjmů a výdajů programu Medicare v období 2009–2018 (v bilionech USD)**
- Graf č. 3.4: **Podíl zahraničních lékařů v USA v roce 2006**
- Graf č. 4.1: **Míra nepojištěných osob v období let 1987-2008**
- Graf č. 4.2: **Výdaje na zdravotnictví na obyvatele v paritě kupní síly v roce 2008**
(USD)
- Graf č. 4.3: **Výdaje na zdravotnictví jako podíl na HDP v roce 2008 (%)**

Seznam příloh

Příloha č. 1: **SWOT analýza**